

MOACIR AUZANI

*ESTRATÉGIAS DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM MUNICÍ-
PIO DE PORTE MÉDIO: o caso dos hospitais de São Borja*

Porto Alegre
2003

MOACIR AUZANI

ESTRATÉGIAS DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM MUNICÍPIO DE PORTE MÉDIO: o caso dos hospitais de São Borja



Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do grau de especialista em Gestão em Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRGS

Orientadora: Maria Ceci Misoczky

Porto Alegre
2003

MOACIR AUZANI

***ESTRATÉGIAS DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM MUNI-
CÍPIO DE PORTE MÉDIO: o caso dos hospitais de São Borja***

Orientador:
Conceito:
Data:
Assinatura:

UFRGS
Maio de 2003

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos aqueles que colaboraram para que este estudo fosse realizado, em especial aos médicos, enfermeiros e funcionários dos dois hospitais: São Francisco de Borja e Infantil Ivan Goulart.

A todos o meu

MUITO OBRIGADO!

RESUMO: Esta monografia tem como propósito realizar um estudo acerca da reorganização da atenção hospitalar em São Borja devido à unificação dos dois hospitais do município a fim de atender melhor a comunidade e melhorar a prestação de serviços com a finalidade de reduzir os custos, os gastos e ampliar as prestações de serviços, o atendimento médico, o enxugamento do quadro e a melhor distribuição de serviços e de pessoal. Os procedimentos metodológicos utilizados foram revisão bibliográfica, coleta e análise de dados, para a realização de uma relação teórico-prática. O enfoque principal dado a este estudo é a administração, o processo administrativo e seus elementos: planejamento, organização, comando e controle, a partir de análises e comparações, críticas sobre cada um dos temas. Conclui-se a fusão de ambos os hospitais – São Francisco e Ivan Goulart – ser uma vantagem em termos de melhoria de atendimento e de qualidade devido à concentração de recursos, de serviços e ainda ampliação de ofertas de novos procedimentos e serviços além de agilizar o atendimento.

PALAVRAS- CHAVE: Fusão. Administração. Planejamento. Organização. Comando. Controle. Qualidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1 SAÚDE: UMA QUESTÃO DISCUTÍVEL	9
2 METODOLOGIA	18
3 FUNDAÇÃO IVAN GOULART	22
4 HOSPITAL DE BENEFICIENCIA SÃO FRANCISCO DE BORJA	24
5 RACIONALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	27
5.1 Vantagens da Unificação	29
5.2 Desvantagens da Unificação.....	30
6 FUSÃO: NECESSIDADES E MELHORIAS.....	32
6.1 O processo Administrativo.....	34
6.2 Parâmetros Assistenciais	40
6.3 Análise das Atividades ano 2002	43
6.4 Comparativo Internações x Faturamento	44
6.5 Necessidades de adequações	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	53

INTRODUÇÃO

Justamente porque o homem é um ser social se organiza em grupos para trabalhar, divertir-se e melhorar suas relações intra/extrapessoais, busca novas formas de se organizar a fim de melhorar sua qualidade de vida. Baseando-se nessa argumentação, pretende-se entender e explicar a organização administrativa dos Hospitais São Francisco de Borja e Infantil Ivan Goulart enquanto organizações que ofereciam os mesmos serviços e apresentavam as mesmas dificuldades tanto a nível financeiro quanto gerencial e que com a fusão redistribuiu o espaço físico, humano e de equipamentos para reduzir gastos buscando, com isso, uma nova forma de associação capaz de resolver os problemas e viabilizar lucros e crescimento.

Justamente por ser uma situação nova, ainda em fase de adaptação, exige uma reflexão à cerca da estrutura e funcionamento dos dois hospitais, procurando analisar os processos de gestão e a democratização das relações em todas as suas dimensões justamente por entender que este tipo de organização deve trabalhar dentro dos parâmetros de uma gestão democrática com divisão de responsabilidades com o propósito de atingir a um público maior, com mais oferta e melhor qualidade justamente porque a “pré-condição da liberdade humana é o conhecimento de tudo que a limita” (TRAGTENBERG, p. 26) e, assim, transformá-la ou adaptá-la as suas necessidades e anseios.

Para tanto, busca-se entender como funcionam essas instituições, conhecer seus interesses e objetivos, suas metodologias de trabalho, suas ações e as relações entre os sujeitos pertencentes à comunidade hospitalar e buscar interpretar o impacto de fusão dessas organizações no social, assim, como interpretar os possíveis resultados dessa união - vantagens e desvantagens - e interferência e/ou con-

tribuição para a manutenção do sistema social vigente ou se contribui para transformá-lo.

Este trabalho tem a intenção de contribuir para a melhoria da qualidade de atendimento além de apresentar dados capazes de clarear as diversas posições de poder que existem na atual organização, buscando interpretar a teia de relações – poder/contrapoder – presentes nas instituições analisadas cuja percepção poderá contribuir para descentralizar posições de mando e de obediência visando uma melhor e mais democrática administração. Esta desarticulação oportunizará a integração dialética de todos os elementos construtores dessas organizações e contribuirá para a abertura da administração democrática, baseada na gestão participativa.

Tem ainda como meta fortalecer e ampliar as discussões sobre as questões dos recursos, das distribuições de serviços e atendimento, do enxugamento do quadro e do reaproveitamento de setores ociosos, pessoas – redistribuindo-as de maneira proveitosa e necessária e, com isso, rever as questões relacionadas com os poderes locais/globais, visto que o sistema tende a reproduzir a ideologia vigente o qual atua de forma discriminatória e unilateral quando o poder se concentra em poucos.

Assim, as abordagens – sobre a estrutura da organização, o trabalho e sua distribuição, as formas de organização, de controle e de poder têm implicações culturais e sociais- e no aspecto do foco temático, pretendem contribuir para ressaltar o quanto a fusão virá, ou não, beneficiar o social. Assim, esta investigação tem como idéia central a problemática da fusão, da gestão democrática, especialmente no que diz respeito às suas vinculações com o contexto mais amplo das práticas discursivas e suas repercussões e/ou conexões com a tradição, com os interesses sociais, com os sujeitos e com as políticas culturais, de identidade coletiva e governamental.

Outrossim, sabe-se que este estudo é provisório e relativo visto que analisa uma realidade dinâmica e mutável e, portanto, não pretende ter valor de verdade única, absoluta, mas, sim, de mostrar caminhos e possibilidades para melhorar uma questão tão fundamental para o ser humano como a saúde, com sujeitos, envolvidos num eterno desejo de melhor viver, numa busca incessante de qualidade. Assim, as pessoas comprometidas com essa tarefa de fazer dessa unificação dos hospitais uma busca por respostas para os problemas que assolam a saúde, estudam estratégias para tal.

ESTRATÉGIAS DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM MUNICÍPIO DE PORTE MÉDIO: o caso dos hospitais de São Borja

1 SAÚDE: UMA QUESTÃO AINDA DISCUTÍVEL

O estudo do processo administrativo referente à fusão dos hospitais do município de São Borja e suas implicações, pretende analisar criticamente os dados coletados para, então, comparar a teoria/prática com a certeza de trazer soluções baseadas em fatos concretos do que é possível fazer para melhorar o desempenho da atual forma de organização em termos de administração, distribuição de recursos humanos, equipamentos e serviços além de conferir a viabilidade de ampliação dos mesmos. Avaliaram-se as posições dos hospitais de forma a entender seus problemas e necessidades para, desse modo, auxiliá-las a redirecionarem suas estratégias de comando e de organização cujo foco será o planejamento, a organização, o comando e o controle a partir de análises e comparações, críticas sobre cada um dos temas. Para isso entende-se:

O ato de administrar como tarefa de interpretar os objetivos propostos pela empresa e a partir disso transformá-los em ação empresarial através de planejamento, organização, direção e controle da empresa, a fim de atingir esses objetivos (CHIAVENATTO, 1994, p. 10).

E o objetivo, neste caso, é conhecer as duas instituições que prestam atendimento na área de saúde na comunidade e chegar a um consenso sobre a necessidade da fusão e conseqüências. Para tanto, é necessário estudar o planejamento porque determina os objetivos a serem atingidos e a forma como eles poderão ser obtidos utilizando o mínimo possível de recursos e esforços de seus colaboradores.

Não existe empresa, com fins lucrativos ou não, que dispense um planejamento antecipado para prever o sucesso e o lucro. Assim:

Um plano será um instrumento de construção da realidade se tiver três elementos: a definição do que se quer alcançar; a indicação da distância a que se está deste ideal; a proposta para diminuir esta distância (GANDIN; CRUZ, 1996, p. 25).

Desse modo uma estratégia drástica foi utilizada para se chegar ao fim desejado, no caso, a fusão dos hospitais como única alternativa de sobrevivência e desenvolvimento destas duas organizações hospitalares. Surge, então a busca deliberada de um plano de ação para desenvolver um programa de ação e ajustar a vantagem/desvantagem desse empreendimento devido à competição das empresas envolvidas e que poderiam facilmente unir forças, aliarem-se, para driblar a crise e incrementar a qualidade e a quantidade de serviços oferecidos.

Um dos pontos críticos no desenvolvimento da estratégia, é a identificação dos caminhos, objetivos, princípios, valores, intenções e expectativas da organização, seus líderes e proprietários, de forma transparente, ponto que pode ser reforçado observando-se os pensamentos e discursos dos líderes, suas ações e práticas no dia-a-dia (MINOTTO, 2002, p. 30).

Deste modo, analisar os hospitais é uma forma de conhecer uma empresa de sucesso na sua totalidade como um sistema organizacional e que possui métodos e processos formais e/ou informais. É neles que se pretende analisar e avaliar as possibilidades de continuidade da fusão utilizando-se do conhecimento teórico e prático. Ver como está realmente a situação de ambos, como os processos estão inter-relacionados e definidos, para que se possa familiarizar e, assim, desenvolver uma proposta de melhoria que permitirá, através do conhecimento, solucionar/resolver o problema da saúde em São Borja. Pode-se dizer que esta estratégia está sendo bem argumentada com adesões do próprio quadro. Perguntando sobre o assunto o Dr. João Del Fabro, Ex-secretário Municipal de Saúde, relatou o seguinte:

Foi com o início dos investimentos em atenção básica que desencadeou a necessidade de racionalizar os serviços hospitalares da cidade de São Borja, visto que já não comportava mais duas casas oferecendo serviços sobrepostos e conflitantes, serviços que, muitas vezes, eram de alçada do

“Estado” e que por não investirem no serviço, os hospitais o faziam com déficit e sem estrutura para realizá-lo (2003).

Para desenvolver este projeto que revê a fusão hospitalar, foi preciso averiguar as reais condições dos hospitais, suas dificuldades, objetivos, condições – dos prédios e dos serviços oferecidos – através de consultas aos arquivos, entrevistas com diretores, médicos e funcionários com o propósito de melhor estruturar teoricamente as vantagens dessa união, buscando respostas – na comunidade hospitalar – para resolver problemas comuns devido ao mesmo tipo de serviço prestado por ambos para uma população que absorve apenas um.

Assim, partindo dos dados coletados e do embasamento teórico bibliográfico, pretende-se verificar o quanto é necessário manter - e melhorar - a fusão para beneficiar a todos os envolvidos: clientela, médicos, funcionários e todos aqueles comprometidos neste processo. Será através de uma argumentação firmemente embasada que se pretende justificar a importância dessa união para o desenvolvimento de um trabalho eficaz e de qualidade. Para isso, os dados coletados serão essenciais para verificar como se efetua o funcionamento das atividades e serviços prestados além de permitir uma análise das situações de comando, dos aspectos motivacionais, do estilo de liderança, do processo de comunicação, de coordenação, do controle - “acompanhar as ações para dirigi-las no sentido dos objetivos propostos, reajustando-as sempre que necessário” (PRZYBYLSKI, 1976, p. 136) - e da avaliação de toda a estrutura enquanto empresa prestadora de serviços.

Assim, através de uma relação entre teoria e prática, pretende-se argumentar a esse respeito usando para isso, todos os recursos possíveis desde referências bibliográficas até artigos, entrevistas e dados estatísticos ou obtidos a partir de conversas informais, e observações diretas nos hospitais, pois se acredita ser necessário o conhecimento e a avaliação do terreno para só então, justificar sua urgência à adesão ao projeto de unificação. Para tanto, vê-se na:

Avaliação um processo sistemático, contínuo e integral destinado a determinar até que ponto os objetivos previamente estabelecidos foram alcançados. É um procedimento para corrigir o produto, o processo e até mesmo as metas estabelecidas (PRZYBYLSKI, 1976, p. 164).

Este proceder é muito importante, pois a cada ano que passa se torna mais difícil administrar uma empresa, ou melhor, a cada dia que passa o grau de dificuldade

e a concorrência acirrada - onde fornecedores e prestadores de serviços, estão estreitando os lucros ou fornecendo produtos e serviços cada vez mais iguais à concorrência, e, ainda para ajudar, os clientes estão mais exigentes - empurra muitas empresas para fora do círculo competitivo porque uma das exigências é a automatização, a qualificação e a criatividade: condições essenciais para o funcionamento de qualquer organização. Por isso, a importância do processo administrativo ser bem definido e da necessidade de unir esforços para manter-se à tona nestes tempos de dificuldades, principalmente na área da saúde quando as verbas são escassas.

As organizações podem procurar reduzir os relacionamentos externos de dependência ou chegar a acordos com eles – para fazer uma causa comum com seu ambiente. As estratégias desse gênero incluem adaptações de estrutura e de sistemas de informação e assemelhados, ao passo que as estratégias para reduzir o controle ou assumi-lo incluem *fusões* (para absorver a força externa) fazer *lobby* para conseguir ações favoráveis do governo (por exemplo, sobre tarifas ou regulamentações), e assim por diante. Pode-se recorrer a meios informais ou ocultos (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000, p. 184).

Isto se justifica, devido às mudanças que acontecem na vida particular e social e há que se adequar a isso e, só desse modo, acompanhar as exigências do mundo pós-moderno quando a ciência, a tecnologia e a informática avançam velozmente, com uma rapidez que muitas vezes não nos damos conta, mas que altera toda uma estrutura funcional trazendo resultados desastrosos para os que não acompanham ou não se adaptam aos novos padrões. Neste tipo de empreendimento, como a rede hospitalar, a defasagem é muito maior, a aparelhagem torna-se obsoleta rapidamente e exige uma reposição contínua e permanente, ocasionando, sempre, mais gastos. Esta constatação exige uma nova postura organizacional visando a um melhor aproveitamento de setores, serviços e pessoal e, até um outro tipo de organização.

A organização não existe num vácuo; ela sofre constantes transformações ambientais que exigem adaptações para garantir o equilíbrio, a sobrevivência e o crescimento. A solução dos conflitos exige, portanto, visão e interferência globalista em nível organizacional (MOTTA, 1982, p. 154).

O mundo globalizado deixa claro que as atitudes empresariais, começando por um bom planejamento, dão condições da empresa se destacar e diferenciar-se e,

neste caso dos hospitais, o produto a ser trabalhado é a vida humana. Define-se, portanto, como essencial para o bom andamento da organização no mercado, ter bem definido o seu processo administrativo, sua estrutura física, organizacional e operacional além da capacidade de moldar-se a novas situações e necessidades. Além disso, o acesso a equipamentos e aos serviços de saúde nos sistemas público e privado, explicita a desigualdade que excluem muitos dos doentes que a eles recorrem, tornando-se, assim, problemas sociais que exigem um sistema, um novo modelo, capaz de absorver com qualidade toda essa clientela diversificada que precisa ser atendida.

Fato este, identificado pelo Dr. Marco Trindade – Diretor técnico do Hospital Ivan Goulart de São Borja – que assim declarou:

O processo de unificação hospitalar de São Borja foi determinado pelas dificuldades financeiras entre as duas instituições existentes, provocadas sobretudo pela prevalência de atendimento a uma população de baixa renda onde mais de 70% dos pacientes internados são previdenciários do Sistema Único de Saúde e os 30% restantes distribuídos entre os previdenciários do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul e da UNIMED sendo que o paciente particular praticamente inexistente. Com tão baixa renda e o constante desenvolvimento da medicina onde a capacitação profissional de seu corpo clínico exige investimento altíssimo na aquisição de meios de diagnóstico, hotelaria, áreas físicas, instrumentais, contratação de serviços e/ou profissionais especializados não credenciados pelo SUS para prestarem atendimento a este Sistema de saúde, produziram um déficit progressivo levando a falência de um dos hospitais (2003).

Com o propósito de auxiliar, esta análise investigativa pretende demonstrar o quanto a fusão dos hospitais está mudando a realidade social na cidade e municípios circunvizinhos. E, para tanto, pretende desvendar todos os segmentos dos dois hospitais envolvidos e encontrar justificativas para manter a fusão de ambos de forma a atingir um maior grau de qualidade e eficiência tanto no atendimento quanto na distribuição de tarefas, despesas e lucros. Assim, a partir dessa análise tanto externa quanto interna, buscam-se estratégias para melhorar a união almejando a bons resultados futuros.

O desafio para estratégias bem-sucedidas certamente passa pelo equilíbrio entre o olhar do ambiente externo, com suas ameaças e oportunidades, e a promoção do ambiente interno, com suas fraquezas e pontos fortes, traduzindo-se em ações efetivas e oportunas (MINOTTO, 2002, p. 181).

Assim faz-se necessário observar alguns itens referentes aos dois hospitais e a relação de um com o outro para entender e argumentar sobre a necessidade de manter a fusão e, para isso, faz-se necessário conceber algumas coisas como certas, ao menos por algum tempo, pois os ambientes acabam mudando, desestabilizam-se e novas oportunidades se abrem, mas:

Então, tudo aquilo que é construtivo e eficaz a respeito de uma estratégia estabelecida passa a ser uma desvantagem.[...] Mas embora as fórmulas para mudanças estratégicas possam sair facilmente, o gerenciamento das mesmas, em especial quando envolvem mudanças de perspectiva, é difícil. O próprio encorajamento da estratégia para lidar com elas – seu papel na proteção das pessoas da organização de desvios – prejudica a capacidade delas para reagir às mudanças no ambiente (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000, p. 23).

Isto se evidencia nas palavras da enfermeira Ariane Yung, coordenadora do serviço de enfermagem dos hospitais de São Borja quando fala em seus colegas:

No princípio foi difícil com os funcionários do Hospital São Francisco, pois os mesmos apresentavam um sentimento de derrota e não aceitavam o novo sistema gerencial. Anteriormente ao processo de fusão/incorporação, havia uma concorrência entre os dois hospitais, e também duas administrações completamente diferentes, em termos de organização, onde era colocado ao quadro funcional que o processo de fusão era utopia do Hospital Ivan/Goulart e que isso jamais iria acontecer (2003).

Ainda é possível perceber que, embora haja grandes dificuldades - alguns problemas sérios - na área da saúde tanto ao nível de Brasil, de Estados quanto de Municípios, há muita disponibilidade dos envolvidos em adequar essa estrutura para melhor prestar atendimento aos doentes e, a fusão é uma delas. As mudanças são lentas devido ao medo do novo, porque não há certezas, apenas dados que conferem credibilidade ao projeto. Esta constatação faz com que se reflita a esse respeito. O problema hospitalar, no município de São Borja, pode ser caracterizado pela excessiva oferta de leitos e serviços em função, basicamente, da existência de duas entidades hospitalares medianas, com porte e resolutividade semelhantes, e funcionando numa região de baixa densidade populacional.

Diante disso, é possível supor que os reflexos negativos dessa estrutura em duplicidade poderia estar prejudicando a sustentabilidade econômica e financeira de ambas instituições, bem como impossibilitando a otimização de melhorias nos servi-

ços e ampliação da resolutividade para atendimento local e regional o que compromete sobremaneira a qualidade dos mesmos além de causar ainda algumas carências nesse setor, facilmente solucionados com a união, divisão e redistribuição de serviços.

Constatação esta que chegou o Dr. Sergio Seitenfus, presidente da Fundação Ivan Goulart:

[...] dada essa nova atividade do Hospital Infantil e considerando a necessidade de sobrevivência financeira dos dois hospitais, iniciou-se uma disputa entre os dois, que ao longo dos anos tornou-se mais e mais predatória, desde que cada um prejudicava ao outro e a si mesmo, como se verificou posteriormente. A clientela à qual eram dirigidos os serviços médico-hospitalares prestados pelos dois hospitais era a mesma disputada entre si, dividindo-a quando o seu todo era somente suficiente para uma entidade. Esse estado de coisas perdurou por quase quarenta anos, redundando na pré-falência do Hospital dos Pobres e na quase inviabilidade do Hospital Infantil. Visto assim, a unificação permite que a mesma clientela, com custos reduzidos e sem a concorrência que tantos estragos causou. Entendo que a unificação dos hospitais atendeu uma exigência da própria sobrevivência de ambos, posto que, caso não tivesse ocorrido, teríamos, hoje, duas entidades hospitalares, de caráter filantrópico, engessadas pelas dívidas e sem qualquer condição operacional (2003).

Assim, com base nas ações que buscaram promover a racionalização dos serviços hospitalares no município, tendo como marco principal a unificação administrativa das duas entidades e, ainda, a análise da incorporação de uma das entidades pela outra, o presente projeto pretende realizar, através de um estudo de caso, a identificação das principais estratégias utilizadas para a reorganização da atenção hospitalar em São Borja e os conseqüentes desdobramentos dessas ações para todos.

Para tanto é necessário conhecer o espaço de atuação e a realidade onde estão inseridos os hospitais. O município de São Borja, localiza-se na Região Fronteira - Oeste do estado do Rio Grande do Sul, possui, atualmente, cerca de 65.207 habitantes¹ e, de acordo com a sistemática de classificação dos municípios brasileiros em relação ao tipo de assistência à saúde, é integrante da "Gestão Plena da Atenção Básica".

O município possui os seguintes serviços de saúde, em relação ao número de estabelecimentos: 02 hospitais, 20 unidades ambulatoriais, 5,6 consultórios médicos

por 10.000 habitantes e 1,5 equipamentos odontológicos para cada 10.000 habitantes o que, por si só, poderia oferecer um serviço de primeira linha, capaz de suprir as necessidades da população e ainda dos municípios vizinhos.

Pode-se perfeitamente justificar através dos dados coletados. E, pode-se afirmar – segundo anexo nº 1 – que os leitos disponíveis, públicos ou privados, são em quantidade suficiente para a clientela que a eles fluem, a não ser durante o período de inverno que a procura é maior do que a oferta, mas, mesmo assim, possível de ser solucionado. Espera-se, ainda, que no futuro haja uma maior oferta não só de leitos como de todos os serviços necessários a um atendimento de qualidade. O que segundo Dr. Marcos Trindade, seria melhor:

Se no futuro pudéssemos contar com uma unidade hospitalar com aproximadamente 250 leitos creio que seria suficiente para atender a demanda local por aproximadamente mais dez anos. A nossa média de ocupação atual é em torno de 120 a 150 leitos. [...] Creio que no momento em que a política de saúde da secretaria Municipal de Saúde baseado no Programa de Saúde da Família onde a assistência medica curativa e preventiva é levada aos bairros da cidade por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiras, atendentes e agentes de saúde) estiverem em pleno desenvolvimento a tendência de internação hospitalar é diminuir mesmo com o desenvolvimento da região. Por outro lado, pleiteamos o reconhecimento e a capacitação em alta complexidade em várias especialidades o que poderá nos tornar uma área de referência dentro de nossa região o que provocaria uma captação de pacientes para nossos hospitais. Creio que uma unidade hospitalar com 250 leitos seria o ideal inclusive para atender o futuro (2003).

No que se refere à situação epidemiológica, os coeficientes de mortalidade apresentam-se normais, dentro dos parâmetros para o número de atendimentos, mas que poderia ser ainda melhor caso houvesse uma centralização na prestação de serviços, conforme afirma Dr. Marcos Trindade no trecho acima.

Já, os coeficientes de mortalidade para algumas causas selecionadas² (óbitos / 100.000 habitantes), apresentam-se conforme estatística e, considerando as principais causas de óbito, os dados da proporção sobre o total de óbitos são os seguintes³:

2

3

A fusão aconteceu por esforço de alguns e, de acordo com o Dr. João Del Fa-
bro:

Foi o grande salto de qualidade na medicina são-borjense, pois a soma de duas metades tornou-se uma grande e resolutiva organização. Foi quando éramos secretário da saúde que foi plantada a semente. Hoje frutifica, aliás, fomos entusiastas na época e hoje nos consideramos gratificados por esta realização (2003).

2 METODOLOGIA

Para que se obtenha o entendimento ou a explicação de determinado estudo, é imprescindível seguir uma meta, um caminho ao qual se chama de método com o propósito de tornar possível explicá-lo ou estudá-lo. Por essa razão, pretende-se,

nesta parte da análise, esclarecer todo o processo de construção da pesquisa de modo a permitir a observação de como se obteve os dados constantes em diferentes partes da mesma, bem como a maneira como a análise foi feita.

Este estudo caracteriza-se pela abordagem quantitativa e qualitativa, visto que emprega dados estatísticos como centro do processo de análise da investigação. Este procedimento justifica-se pela própria área de conhecimento em que se insere a presente pesquisa – Estratégias de Reorganização da Atenção Hospitalar em Município de Porte Médio: o caso dos hospitais de São Borja – na qual se torna possível quantificar fenômenos presentes na área da saúde, sua natureza, causas e efeitos. Utiliza-se da qualitativa também porque, segundo Oliveira:

As pesquisas que se utilizam da abordagem qualitativa possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos (1997, p. 117).

No caso deste estudo em especial que envolve a percepção do mercado como uma área mutante e onde as estruturas estão cada vez mais enxutas, o uso de dados oferece uma possibilidade de controle da situação real de uma empresa, importa compreender aspectos da mesma que envolva conhecimento do tipo de cliente, do produto a ser oferecido, da qualidade e rapidez, principalmente na prestação de serviços, da duplicidade de ofertas em um município de médio porte quando apenas um hospital cobriria toda a micro-região das missões. Por isso, a abordagem qualitativa e quantitativa permite trabalhar, ao mesmo tempo, com os dados e com a descrição desses aspectos, o que, em confronto com a fundamentação teórica, possibilitará uma análise do tema proposto.

Para isso, fez-se um estudo da prestação de serviços hospitalares, ambulatoriais, consultórios médicos, equipamentos e aparelhos em ambos os hospitais, seguindo a metodologia que é explicitada em seqüência.

Após a coleta de dados e de oito entrevistas com: médicos, enfermeiros, sindicalistas e funcionários foi feita uma análise reflexivo-crítica do material e confrontada com a fundamentação teórica para, então argumentar a respeito.

Os hospitais disponibilizam dos mesmos serviços e produtos como Maternidade, UTI, RX, Laboratório e praticamente todos os requisitos básicos para o atendimento básico na área da saúde. Também há anexos de gráficos estatísticos sobre convênios, tipos de clientela, oferta, procura, despesas, faturamento e atendimento realizado nos dois hospitais nos últimos anos e, em especial em 2001 e 2002 justamente para uma argumentação mais convincente sobre a necessidade da manutenção da unificação a fim de enxugar a máquina administrativa, operacional e gerencial, evitando a ociosidade, despesas desnecessárias e a duplicidade de prestação do mesmo serviço.

O presente estudo partiu da análise desses dados e das entrevistas além de confrontar com a fundamentação teórica de vários autores como Chiavenato, Matos, Campos, Berto, Bordin, Minotto, Montana, Mintzberg e outros, por entender que a melhoria da qualidade oferecida pela fusão pode modificar a situação de ambos os hospitais desde que bem estruturados, em termos de parceria, de companheirismo, servindo-se de pesquisas sólidas capazes de mostrar a verdadeira realidade das empresas e, partindo dos dados coletados, buscar possíveis soluções, pois se sabe que a produtividade e a eficácia da empresa e dos funcionários serão cada vez mais o resultado de boas habilidades gerenciais, da desburocratização, da humanização e de tecnologia.

Além dos referenciais teóricos unidos à pesquisa e às entrevistas, realizou-se uma interpretação dessas informações buscando entender e justificar alguns procedimentos dos hospitais – SF e IG- antes e após a fusão bem como interpretar essas informações e argumentá-las teoricamente. O propósito era encontrar dados indicadores concretos sobre a atuação da empresa assim como, esclarecer algumas dúvidas pertinentes à pesquisa em foco, levando em consideração, que a clientela é uma fonte de informações úteis desde que a enquete seja formulada de forma a obter os referenciais esperados.

A análise coletada na pesquisa de campo, serve como referencial para mapear as necessidades, os desejos e interesses dos pacientes, dos funcionários e da comunidade. Desse modo, as perguntas foram elaboradas seguindo uma linha direcio-

nada para a obtenção de informações. Somam, em média quatro perguntas sobre o estudo em questão.

Por essa razão, houve uma preocupação em fazer uma pesquisa quantitativa e qualitativa cujos dados coletados, foram analisados baseando-se nos conceitos de administração, de fusão e de estratégias, de sua importância relacionada com as duas casas de saúde do município, justamente por entender que enquanto há empresas obcecadas pela vontade competitiva de vencer e dominar o mercado, correm o risco de falir e comprometem toda a estrutura hospitalar e social; outras, lideram a preferência porque descobriram um outro mundo, mais poderoso, mais duradouro e produtivo do que o da conquista e, acima de tudo, mais competente em gerar riquezas que é o mundo da união, da fusão, do agregar que torna forte o fraco e possibilita manter-se no mercado. E, os hospitais, é importante ressaltar, (após várias tentativas) optaram pela fusão, desfazendo alguns setores e criando outros.

Assim, dentro dessa perspectiva metodológica, qualitativa e quantitativa, buscou-se a compreensão da postura dos médicos, enfermeiros, funcionários, pacientes e comunidade através da análise dos dados, tentando observar os pontos de convergência ou de divergência entre as interpretações feitas de cada dado e/ou resposta dada pelos sujeitos da pesquisa. Desse modo, houve uma preocupação em interpretar esses resultados tendo em vista que toda pesquisa é provisória e parcial, importante naquele momento, naquele espaço e com aquelas pessoas.

3 FUNDAÇÃO IVAN GOULART

A Fundação Ivan Goulart de São Borja deve a sua criação à Comissão Estadual da LBA, na época presidida pela senhora Neusa Goulart Brizola, Primeira

Dama do Estado, cuja instituição é ainda mantenedora do Hospital Infantil, inaugurado em 21 de novembro de 1962 pelo então Presidente da República, João Goulart, e pela senhora Neusa Goulart Brizola.

O Hospital está localizado no centro, à Rua Presidente Vargas, 1440, com acesso facilitado aos demais pontos da cidade, contando com estacionamento para o público em geral e entrada especial para ambulâncias e atendimento de urgência e emergência, além de contar, no local, com um centro clínico de primeira qualidade, funcionando em horário comercial.

Abrange uma população de 230.000 habitantes, compreendida pelos municípios de São Borja, Maçambará, Itaqui, Itacurubi, Santo Antônio das Missões, Garruchos e Unistalda. Desse modo, a estrutura existente, física, humana e de equipamentos, segundo alguns entrevistados, inclusive, Dr. Marco Trindade, é suficiente para proporcionar o atendimento resolutivo a população de sua área de abrangência;

Atualmente, com raras exceções, propiciamos atendimento resolutivo para toda a nossa área de abrangência. Temos estrutura física e capacidade de investimento para ampliar este atendimento em área que ainda não temos capacidade de resolver. Atualmente dentro dessa visão a diretoria está empenhada a comprar não só tecnologia como buscar profissionais capacitados (2003).

Atualmente reconhecida como Entidade de Utilidade Pública, em seu início a Fundação Ivan Goulart foi uma instituição particular de caráter público, com um grande número de associados, tendo por finalidade a assistência à saúde e a promoção do bem-estar da criança. Constata-se essa informação nas palavras do Dr. Sérgio Seitenfus:

O Hospital Infantil possui uma área grande, mais nova que o HSF, onde está localizado todo o setor administrativo, contando com área ambulatorial nova para pacientes do SUS, um bloco cirúrgico novo e moderno, setor de radiologia e mamografia em condições de dar conforto à clientela, enfim, está em condições de permitir que sejam prestados bons serviços (2003).

Nesse sentido, o hospital foi construído para constituir-se em um centro de referência ao atendimento da criança, sendo posteriormente - em virtude da baixa

demanda ocasionada pela grande distância entre os municípios da região - transformado em hospital geral.

Contando, inicialmente, com uma área construída de 3.780 m² e uma área física de 6.100 m², com total de 121 leitos (92 contratados pelo SUS) e conta com 11 consultórios médicos. E, o Hospital Infantil, ao longo de seus 36 anos, sofreu modificações e ampliações, alcançando um total de 6.100 m², dispondo de Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, Maternidade, UTI, Lavanderia, Farmácia, Área Administrativa, Clínica de Hemodiálise, Laboratório, Banco de Sangue e Radiologia. Em sua estrutura a Fundação Ivan Goulart - Hospital Infantil apresenta, ainda, Laboratório de Análises Clínicas, Orientação Psicológica a pacientes, funcionários e dependentes e, Assistência Social.

O Hospital Infantil dispõe de 121 leitos sendo 92 destes, cadastrados pelo Sistema Único de Saúde - SUS -, além de possuir um quadro de 176 funcionários e um corpo clínico composto por 38 médicos nas especialidades de: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Clínica Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia, Nefrologia, Urologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Radiologia e Ultrassonografia.

Além disso, oferece serviços de enfermagem e hotelaria e mantém serviços de Anestesiologia e Clínica da Dor, Cirurgia Videolaparoscópica, Clínica Renal com serviço de Hemodiálise, Densitometria Óssea, Ecocardiografia com Doppler, Eletroencefalografia, Eletrocardiograma, Eletrocardiograma de Esforço e Repouso, Endoscopia do Aparelho Digestivo (alto e baixo), Mamografia, Monitorização Eletrocardiográfica Ambulatorial de 24 Horas (Holter), Radiologia, Ultrassonografia e Videoartroscopia.

A Fundação Ivan Goulart busca constantemente o aprimoramento de todos os seus setores, a fim de poder prestar uma melhor assistência à saúde de seus pacientes, de maneira especial à criança, à gestante e ao idoso e, de modo geral, à população carente.

O hospital busca dentro das normas da Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), o credenciamento em alta-complexidade nas especialidades de neurocirurgia e traumatologia/ortopedia, para atendimento aos municípios que compõem

a região de abrangência da Fundação Ivan Goulart de São Borja como também, através de convênio com a Irmandade da Santa Casa de Caridade de Porto Alegre (ISCOMPA), procura cadastrar o Hospital Ivan Goulart na Central de Transplantes do Rio Grande do Sul, como Centro Regional de Captação de Órgãos. Esse cadastramento possibilita a transformação da CTI tipo 1 para tipo 2. Esta classificação em tipo 2 eleva o valor das diárias pagas, possibilitando com isso, aumento na arrecadação.

4 HOSPITAL DE BENEFICÊNCIA SÃO FRANCISCO DE BORJA

O Hospital de Beneficência São Francisco de Borja é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos. A Instituição é, tradicionalmente, chamada de "Hospital dos Pobres" devido ao grande número de pessoas carentes que atende diariamente.

A média de atendimentos é de 2 mil pacientes mensais, com cerca de 400 indigentes internados e, para tanto, conta com 170 funcionários, 25 médicos 6 enfermeiras-padrão.

A área construída é de 3.200m², com 120 leitos totais, sendo 112 leitos destinados ao SUS, 9 leitos de UTI (adulta), 3 salas completas de cirurgia, maternidade, pediatria e pronto-socorro, equipamentos de RX, mamografia, eletroencefalograma. Eletrocardiograma, ultrassom e tomografia computadorizada.

Trabalhando junto à Provedoria do Hospital, está a Associação Filantrópica, cujo objetivo é suprir as pequenas necessidades que, muitas vezes, não podem ser atendidas por falta de recursos. Um grupo de senhoras realiza grandes festas, que envolvem toda a comunidade e a arrecadação se transforma, entre outras coisas, em: enxovais para bebês carentes, cortinas e toalhas para todas as enfermarias, medicação para quando o paciente deixa o hospital, cestas básicas, leite em pó e outros itens de primeira necessidade. A Associação também formou o grupo Enfermeiras da Alegria, cujo objetivo é distrair as crianças internadas e tentar amenizar o sofrimento delas e o medo dos procedimentos médicos.

Ao longo da última década o endividamento dos hospitais de São Borja não parou de crescer. Embora o déficit operacional mensal ocorresse nas duas casas, era no hospital São Francisco que se manifestava de forma crescente, déficit operacional que motivou a troca de diretores, provedores, administradores e muitas reuniões comunitárias foram feitas com a presença de autoridades municipais, Ministério Público, funcionários de delegacias regionais de saúde e outras com o propósito de descobrir uma estratégia capaz de resolver tão difícil problema.

Constatou-se que, em geral, estes movimentos mostravam que a concorrência predatória existente entre as duas casas de saúde, motivada pela duplicidade de serviços, era o eixo principal do problema. Partindo dessa descoberta, surgiu o protocolo de intenções, apresentado por representantes das duas entidades e Prefeito Municipal, tendo como objetivo principal racionalizar os serviços hospitalares no município de São Borja. Esse documento assinado em março de 1998 constituiu-se no

primeiro ato oficial reconhecendo a necessidade da adoção de medidas conjuntas para buscar solução ao crescente déficit operacional.

Assim, foram dados os primeiros passos para a unificação. Foi criado um Comitê Unificado em julho do mesmo ano, o presidente da FIG, o provedor do Hospital de Beneficência São Francisco de Borja, juntamente com o Prefeito Municipal, criaram um COMITÊ UNIFICADO para gerir fundos repassados pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul e coordenar o processo de unificação. Este comitê unificado começou na prática, a definir as estratégias para a reorganização da atenção hospitalar no município de São Borja, mesmo que, num primeiro momento, não se tenha logrado êxito.

E, em junho/2002 tínhamos serviço de Pronto Socorro público nas duas unidades hospitalares, com repasse de recursos através do município na ordem de 50 mil reais mensais. Este montante aparentemente alto não cobria os custos com salários dos médicos cuja folha de pagamento atingia aproximadamente 58 mil mensais, considerando leis sociais (13 salário, fgts, férias). A partir do fechamento do Pronto Socorro do Hospital São Francisco, houve concentração do atendimento aos usuários do sistema público no Ivan Goulart. Como resultado desta concentração o movimento de pacientes tornou-se mais regular, isto é, o número diário de atendimentos gira em torno de 100. No caso do Hospital São Francisco, que passou a atender usuários de convênios privados, particulares e Emergências do SUS, o número de atendimentos é de aproximadamente 25 por dia. Estes 25 atendimentos geram uma renda média de 9 mil por mês. Já o custo de manutenção do serviço é de 11.200 reais. Veja que estamos próximos de encontrar as contas. Devemos considerar também que este Pronto socorro gera internações de pacientes de convênios privados, aumentando a receita do hospital.

E, ao longo do ano de 2002 houve rescisão do contrato de trabalho de todos os médicos plantonistas do Hospital São Francisco, num total de 08, cuja folha de pagamento era de aproximadamente 25 mil reais. É verdade que foram contratados outros 08, mas numa nova relação de trabalho (contrato com a UNIMED- Formalização de contrato/convênio com Unimed de São Borja para montagem de um serviço de PS nas dependências do HSF para atendimento a usuários de convênios privados, sem relação de emprego direta e remuneração por produção). Além dos médicos, houve a rescisão de outros contratos, como por exemplo: contador, farmacêuti-

co, técnicos em radiologia, nutricionista, psicóloga e outros. Estas ausências foram cobertas pelo pessoal da FIG que passou a acumular funções, sem aumento de custos. O balanço final no número de funcionários não teve alteração significativa porque havia necessidade de pessoal qualificado no setor de enfermagem do Hospital São Francisco, e foram contratadas 06 enfermeiras. Isto significa dizer que se qualificou o quadro funcional. É importante perceber que qualidade é sinônimo de maior custo. Neste contexto, justifica-se a pequena redução na folha de pagamento.

5 RACIONALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Desde 1998, as diretorias dos hospitais de São Borja vêm procurando uma aproximação das entidades com o propósito de se buscar a racionalização da as-

sistência no município, o que de acordo com o Dr. Paulo Fraga houve um trabalho conjunto para elucidar as vantagens da unificação:

Houve um trabalho muito grande no período de pré-unificação no sentido de conscientizar mostrando a necessidade e vantagens da unificação do corpo clínico, com isso, os interesses pessoais passaram para segundo plano, imperando a vontade de ajudar na construção de uma empresa mais sólida. Com isso, houve uma aproximação e participação mais efetiva do corpo clínico com o hospital. Existe, hoje, uma vontade de colaborar, uma esperança de melhora (2003).

Nesse sentido, em 05 de março de 1998 as diretorias firmaram um protocolo de intenções para dar início às negociações, com o seguinte objetivo: estabelecer as ações articuladas dos partícipes para a viabilização da “Racionalização Conjunta dos Serviços Hospitalares no Município de São Borja” e, a partir deste, pelas respectivas atas com aprovação do referido protocolo: Ata nº 204 de 18/03/98, da Assembléia Geral Ordinária da Fundação Ivan Goulart; e, Ata nº 30 de 17/04/98, da reunião convocada pelo Provedor do Hospital São Francisco e, considerando ainda, o ofício de 04 de maio de 1998 da Prefeitura Municipal de São Borja, através da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente, ratificando a intenção de colaborar no que for necessário para viabilizar a unificação, objeto do protocolo, bem como o Convênio celebrado entre o Estado do Rio Grande do Sul e o Município de São Borja, objetivando a Implementação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, conforme processo nº 12005/20.00/98.3.

Este importante passo, foi descrito pelo médico, então Secretário Municipal da saúde, como a atitude mais correta a ser feita e que se isso não tivesse acontecido seria fatal para a saúde no município:

Sempre dizemos que, até então, corríamos para atender o prejuízo, investíamos paralelamente para oferecermos uma pseudomelhoria e nenhum dos dois hospitais aprofundava na resolutividade, ou seja, dois hospitais competindo para atender o prejuízo (2003).

E, assim, em 21 de julho de 1998, o presidente da Fundação Ivan Goulart – Hospital Infantil e o provedor do Hospital de Beneficência São Francisco de Borja, com base no Protocolo de intenções firmado por ambas as instituições e com a anuência da Prefeitura Municipal de São Borja, resolveram criar um Comitê-

Unificado para gerir os fundos a serem repassados pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através da Prefeitura Municipal de São Borja, e coordenar o processo de racionalização dos serviços, instalado nesta data, com os diversos representantes de cada instituição, mostrando, desse modo, que “ ‘redes’, ‘estratégia coletiva’, ‘empreendimentos conjuntos’ e outras ‘alianças estratégicas’ e ‘terceirização estratégica’ fazem parte do novo vocabulário de administração estratégica” (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2002, p. 188) usadas pelas empresas para sobreviver e até se diferenciar na(s) crise(s).

O Comitê Unificado dos Hospitais de São Borja, com base no Ata de Reunião Conjunta nº 01, nesta mesma data, determina dar continuidade nos estudos e trabalhos, conforme cronograma apresentado ao governo do Estado do Rio Grande do Sul, para efetivação da racionalização proposta; implementar um sistema unificado de compras através de conta-corrente para fornecimentos inter e intra-hospitais; implementar um sistema unificado de controle de receitas e despesas, bem como a implantação de uma conta específica para administração dos recursos repassados através do convênio entre Estado e Prefeitura acima mencionado; elaborar um cronograma de setorização dos serviços hospitalares, autorizando a adequação física em cada Hospital com a transferência dos equipamentos, materiais e funcionários necessários de um para o outro, através de um controle unificado de conta-corrente e cedência; autorizar o lançamento dos editais de licitação para aquisição de equipamentos para o Centro Obstétrico e UTI pediátrica de acordo com o programa Reforsus, cuja participação da contra-partida será solidária entre os Hospitais, conforme cronograma de setorização; autorizar a continuidade dos estudos e trabalhos visando a implantação do Plano de Saúde Unificado dos Hospitais, cuja sede será instalada no Hospital São Francisco, como um departamento deste. Assim algumas estratégias foram lançadas:

1º Avançar no processo de racionalização dos serviços, acabando com a prejudicial duplicidade. Definiu-se que a FIG (Fundação Ivan Goulart) assumiria o atendimento materno-infantil, pronto socorro e serviço de diagnóstico por imagem e o Hospital São Francisco de Borja, o atendimento na clínica geral e cirúrgica de adultos. A nova sistemática deveria funcionar a partir do mês 11/98, porém posições contrárias dos corpos clínicos impediram a concretização deste plano;

2º Implementar um sistema único de compras de mat/med, equipamentos e demais insumos hospitalares, visando aquisição por preços e prazos mais favorá-

veis. A idéia não vingou porque o Hospital São Francisco não possuía créditos junto aos fornecedores e a FIG não queria correr o risco de perder o seu crédito;

3° Implantar um caixa único com controle eficiente de receitas e despesas definindo um cronograma de pagamentos a funcionários, médicos e fornecedores;

4° Contratar empresa especializada para efetuar estudos visando a implantação de um plano de saúde, que funcionaria como um anexo de um dos hospitais. Após pesquisa de mercado e, constatando-se a atuação forte da Unimed local, o plano foi esquecido.

Com base nos primeiros estudos técnicos realizados, identificou-se, para efeito comparativo inicial, a primeira interpretação de algumas vantagens e desvantagens da racionalização de serviço.

5.1 Vantagens da Unificação

Pode-se dizer que a união trouxe benefícios devido à unificação de vários setores como a de serviços assim distribuídos: fusão da classe médica deixando-a com um único corpo clínico além de um único serviço de nutricionista, psicóloga e recursos humanos e de 01 mamógrafo. E, ainda, unificou o incinerador de lixo e desativou as áreas físicas ociosas, o que contribuiu para redução de despesas e melhor aproveitamento do espaço físico, humano e técnico.

Desse modo, procurou concentrar todos os equipamentos o que contribuiu para oferecer um melhor aparelhamento de pronto socorro único e mais econômico com redução de gastos com manutenção de luz, higienização e muitas outras despesas porque concentrou pessoal – menos horas extras- devido ao remanejamento de pessoal com menor ociosidade e, com isso, gerando melhor atendimento com serviço especializado, com qualidade e competência. O outro ponto importante foi a utilização de bloco cirúrgico com plantão único. O que, segundo Dr. Paulo Fraga contribuiu também para melhorar o procedimento funcional e o relacionamento entre os funcionários:

Com uma melhor taxa de ocupação das salas de cirurgias o ambiente perdeu o marasmo de antes. Este novo ambiente, mais frenético e produtivo trouxe a sensação de uma melhor produtividade do trabalho de cada um, a sensação de satisfação pelo cumprimento do dever e a esperança, já quase perdida de estar trabalhando numa empresa sólida e em crescimento vê-se entusiasmo no semblante de cada funcionário, espírito de co-

operação e vontade de vencer como em qualquer empresa, o hospital e, seu corpo clínico, entende que sua existência, o seu sucesso está ligado à qualidade de seus serviços. A unificação, a aproximação do corpo clínico à administração certamente facilitará essa busca de qualidade (2003).

Mas essa fusão também colaborou porque com a redistribuição do espaço físico e de serviços, facilitou a adequação à municipalização da saúde e outros convênios, com implantação de plano de saúde único, menor transferência de pacientes e sem interrupção de concorrências por AIH's e outras verbas públicas. Além disso houve uma uniformização de procedimentos diretivos, administrativos e funcionais permitindo uma nova transparência à empresa devido à melhoria no perfil administrativo com reflexos na opinião pública o contribuiu para ligar a entidade com a comunidade, justificando uma evidente alteração no comportamento humano quando deixa de ser passivo, espectador, para ser o construtor da história, da sua própria história de vida e do seu social.

Uma relevante mudança na sociedade moderna é a superação do monólogo autocrático e personalista pelo diálogo democrático estabelecido entre diferentes segmentos de grupos determinados. Essas mudanças ocorrem, principalmente, porque o homem conhece suas possibilidades de fazer história, não mais se limita a assistir passivamente à ocorrência dos acontecimentos e crê que pode mudar-lhes o rumo com suas decisões (GRILLO, 1996, p. 119).

Portanto, hoje, a fusão mostra uma nova forma de organização capaz de substituir poder por responsabilidade com uma bem definida visão, missão e valores e admitir que sua clientela é muito importante. Logo, deve haver um sistema de reconhecimento da estrutura, de seu funcionamento, lucros e perdas para, só assim, reorganizar-se elevando cada vez mais, sua qualidade nas ofertas de serviços, no atendimento e no conhecimento, fatores essenciais para uma boa administração.

5.2 Desvantagens da Unificação

Em todo o processo administrativo há ganhos e perdas. Na unificação, houve algumas perdas, impossíveis de serem evitadas, mas ainda pequenas se comparadas ao desastre que seria se a fusão não tivesse acontecido, pois seria certa a falência de um dos hospitais o que traria conseqüências inimagináveis para a saúde e

para o social devido à demissão em massa de todos os funcionários, enfermeiros e demais setores além de deixar ocioso um prédio como o do hospital. Como isso não ocorreu, com a fusão, por exemplo, apenas algumas medidas foram tomadas tais como: a interrupção nos planos de ampliações físicas, despesas com fusão patrimonial, despesas com deslocamentos de equipamentos e pessoal, readequação física dos consultórios clínicos particulares e perda da forma de individualização no controle de gastos. Porém ainda persistem alguns temores quanto à redução do pessoal. A sr^a. Maria das Graças Mena Barreto Dias, presidenta do sindicato dos Trabalhadores em Saúde de São Borja, complementa quando interrogada sobre a satisfação dos funcionários hospitalares com a fusão/incorporação:

Procurando responder sob a ótica geral e também como funcionários, diríamos que não se apresenta até o momento um instrumento, digamos assim, que pudesse medir o grau de satisfação uma vez que a dita fusão, quem sabe até por muito recente ainda não traduziu em um mínimo duas qualificadoras: melhor distribuição homem-tarefa e regularidades das datas/salários. Desta forma, o sindicato quanto classe representativa pode constatar da **insegurança que faz plantão no espírito de cada funcionário**. Estão aprendendo rápido a tradução da palavra **racionalizar [grifo nosso]** (2003).

Porém pode-se constatar que em tempos de crise e com a pré-falência dos hospitais, as demissões ocorreriam e, com certeza, em maior número. Então, a demissão de alguns funcionários deveria causar menos impacto do que se ocorresse o contrário. Mas é indiscutível a perda da sua individualidade de ambos os hospitais. Perderam, não só sua autonomia como organização, mas e, principalmente, a tradição de atendimento personalizado que cada um mantinha. Derrubar essas barreiras culturais de acomodamento e de referencial pode ser uma vantagem, pois:

Há que se revolucionar nossas práticas, diminuindo a resistência à perda de poder, o medo de assumir responsabilidades, acomodação com benéfícios, indolência de enfrentar novos desafios que ainda se fazem presentes como reflexo, nas estruturas psicológicas e nos vícios culturais ainda existentes (PORTAL, 1996, p. 109).

6 FUSÃO: NECESSIDADE E MELHORIAS

A unificação ocorreu como conseqüência da pressão provocada pela corrida por lucros, qualidade e menores custos, impulsionada pela tecnologia, pela globalização e pela concorrência quando ambos os hospitais decidiram unir esforços e sair da crise. Com essa finalidade, houve encontros entre os envolvidos e embasados na certeza de que as decisões deveriam partir da comunidade que possuía o poder de decisão e de mudança dessa realidade, criou-se uma comissão para agilizar o processo e com poder para concretizar essa união. Poder este que “é a capacidade de influenciar outra pessoa ou grupo a aceitar idéias diferentes e a se comportar de maneira diversa do que usualmente faria” (MOTTA, p. 156).

Assim, esse grupo buscou parcerias para realizar esse empreendimento e as diretorias dos hospitais que “são os trabalhadores instruídos, administradores ou profissionais individuais, de quem se esperam, em razão de sua posição ou de seu conhecimento e no desenvolvimento normal de seu trabalho, decisões que tenham impacto significativo no desempenho e nos resultados do conjunto” (DRUCKER, 1971, p. 16), a racionalização da assistência no município, trazendo consigo um conjunto de projetos capazes de driblar a crise, promover o crescimento e devolver a dignidade e o emprego daqueles que neles trabalham.

Assim, houve a intenção de ambas as partes de firmar um acordo de parceria – com a anuência do Estado e do Município organizou-se um Comitê Unificado para gerir fundos e melhor administrar esses recursos. Este tipo de estratégia organizacional “é uma função administrativa vista como a parte da administração que organiza, estrutura e integra os recursos e os órgãos incumbidos de sua administração estabelecendo relações entre eles e atribuições a cada um deles” (CHIAVENATTO, 1997, p. 31), e contam com a colaboração e a participação de todos o que, segundo Habermas (1975, p. 159) “significa que todos podem contribuir, com igualdade de oportunidades, nos processos de formação discursiva da vontade” deixando de lado práticas modernas de mando e de poder, centrados em um ou em poucos elementos e distendendo as decisões nos microorganismos do segmento social e promovendo um intercâmbio de resultados e responsabilidades.

Para tanto, houve por bem, estudar, analisar e avaliar todo o processo de melhoria. Isto é, a capacidade de ver a avaliação como sendo “um processo sistemático, contínuo e integral destinado a determinar até que ponto os objetivos previamente estabelecidos foram alcançados. É um procedimento para corrigir o produto, o processo e até mesmo as metas estabelecidas” (PRZYBYLSKI, 1976, p. 164).

Por isso, em 20 de janeiro de 1999 e, considerando os acontecimentos no ano anterior a seguir descritos, foram realizadas algumas análises técnicas e pontualizadas e algumas recomendações ao comitê unificado com a intenção de reorganizar a Atenção Hospitalar no Município.

As tentativas de implantação do plano de saúde e de setorização de serviços sem o respaldo da classe médica; ou de setorização de serviços administrativos sem o respaldo dos administradores; de um planejamento estratégico de curto prazo; de profissionalização da administração hospitalar com organograma unificado; de formação de uma única diretoria para administração dos hospitais para não haver, por enquanto, alterações estatutárias; de conduzir o processo de forma estratégica sem tornar pública todas as deliberações, foram algumas das sugestões visando uma nova estrutura organizacional.

Os conflitos e/ou constrangimentos generalizados pela atual crise financeira com atrasos de pagamentos x novos investimentos; e a credibilidade ameaçada pelas indefinições e atrasos nas medidas de impacto mais positivos e imediatos são alguns constrangimentos que pontuam as metas para o futuro na busca por uma qualidade e na tentativa de mudança de mentalidade. Ou seja, sair da idéia antiga de poder, de chefia e partir para uma estrutura muito mais estratégica. Será dela a responsabilidade de incorporar os seres humanos aos objetivos da entidade, participando deste procedimento e entendendo-o como referencial de qualidade.

Observou-se que o estágio da racionalização dos serviços hospitalares encontrava-se, de fato, num processo extremamente moroso, oneroso, prejudicial aos objetivos propostos e com chances cada vez mais reduzidas de sucesso.

Sendo assim, sugeriu-se a adoção das seguintes medidas para que tornasse possível acelerar o processo de racionalização e, naturalmente, avançar para o processo de unificação das entidades hospitalares:

- 1) Convocar os membros do Comitê Unificado para reuniões semanais com dia e hora previamente definidos por um período de 3 meses;
- 2) Determinar a unificação da administração financeira com criação do cargo de Diretor Administrativo Financeiro Unificado;
- 3) Determinar a unificação da administração patrimonial e serviços externos com a criação do cargo de Diretor de Patrimônio de Serviços e de Terceiros;
- 4) Determinar a realização de um estudo para apontar as vantagens e desvantagens de unificação imediata dos serviços de lavanderia, cozinha, incineração do

lixo, oxigênio, informática, contabilidade, farmácia, almoxarifado, compras e deptº de pessoal;

- 5) Determinar a realização de estudo para o cálculo dos custos unitários de serviços hospitalares e ambulatoriais;
- 6) Determinar a realização de estudo e gestão de negócios para a permuta do edifício do Hospital Infantil por novas edificações no Hospital São Francisco;
- 7) Determinar a elaboração de projeto e implantação de uma promoção de curto prazo para arrecadação de recursos;
- 8) Determinar a realização de estudo com projeções do fluxo de caixa unificado mensal, trimestral, semestral e anual;
- 9) Determinar um porta-voz do Comitê Unificado que possa encaminhar “estrategicamente” informações para a imprensa, funcionários, corpo clínico, etc;
- 10) Determinar a criação de uma comissão de médicos e outra de funcionários para servirem de interlocutores no processo de racionalização e unificação dos serviços.

Portanto todas essas decisões justificam-se pela necessidade de respeitar a organização enquanto grupo constituído dentro de uma representatividade com poder de decisão e de mando, com possibilidade de interferir e de modificar o social, a realidade enquanto vivências culturalmente construídas, com força para rever posicionamentos e decisões, mudando radicalmente ou, passo a passo, uma realidade, desde que necessário. Assim:

Negociar significa [...] mais do que impor; chegar ao objetivo ainda que para tanto se façam curvas; consolidar regras democráticas de jogo; aceitar o outro como parceiro, não objeto de negócio ou exploração; criar condições que desobstruam estrangulamentos; é praticar habilidade política (MELLO, 1989).

6.1 O Processo Administrativo

O conhecimento é fruto da atividade humana, compreendida em sua dimensão prática, “resultante da articulação entre sujeito e objeto, pensamento e ação, teoria e prática, homem e sociedade. Não há conhecimento fora da práxis” (KUENZER, 2002, p. 24).

Sua concretização, no entanto, só será viável como conseqüência de uma ação cooperativa e mobilizadora de seus integrantes, na busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados no seu cotidiano. Problemas emergidos na tomada de consciência das deficiências no cumprimento de seu papel e que vem contribuindo, também, pela sua pouca compreensão, em prejuízo da formação do pesquisador para o efetivo exercício de sua cidadania e desempenho na estrutura ocupacional (PORTAL, 1996, p. 93).

Dessa forma, a médio e longo prazo, busca-se uma articulação de esforços no sentido de, através de uma produção coletiva, construir uma nova instituição em todas as suas dimensões quer sejam administrativa, econômica, cultural, educacional ou social, sem comprometer qualquer uma de suas bases. Este compromisso exige da sociedade uma participação efetiva na busca de soluções para problemas comuns como o da saúde no município, e, através da fusão entre os dois hospitais – prestadores de serviços e de benefícios para a comunidade são-borjense – torna-se realidade e mostra o quanto o homem está comprometido, hoje, com a prática social e a vida cotidiana.

Percebe-se, então, que as mudanças necessárias para o sucesso completo dessa união - principalmente em relação a sua organização enquanto entidade social e física - não ocorrem de forma rápida ou fragmentada, porque fazem parte de uma estrutura, não apenas hierárquica como também ideológica e sócio- econômico-cultural, construída e cristalizada na modernidade autoritária do poder. Apresenta ainda resquícios de mando ainda não totalmente desconstruídos, de alienação e de submissão porque se situam em relações de poder e contra-poder as quais exigem dos envolvidos uma postura alerta, dialética e dialógica em relação à mudança em sua organização tanto física, humana, quanto operacional, visto que toda relação humana é baseada no conhecimento, ou seja:

Conhecimento, pensamento, linguagem e ação interligam-se mutuamente, de forma complexa, em práxis humana. Conhecer é transformar-se, transformar o mundo, transformar a sociedade em que vivemos onde a prática tira lições da teoria e a teoria tira lições da prática num movimento complexo, dialógico e dialético ininterrupto (MARTINAZZO, 2001, p. 87).

O que leva a perceber que uma instituição, seja qual for, é governada por normas, leis estruturadas em situações de poder/saber que determinam como esta ou aquela organização – dentro de determinado grupo social – deve ser constituída,

pois devem atender às necessidades e anseios daqueles que a criaram. Desse modo, vê-se as relações sociais como uma teia construída e mantida para dividir, para ligar ou unir posições, situações de força e de mando. Esta fusão em questão revê sua posição frente aos governos – Estadual e Municipal – e a questão dos repasses, da dependência e/ou autonomia. Desse modo:

A atitude correta é entender o Estado como instrumento de viabilização das comunidades, na distinção sadia para com a sociedade civil, dialeticamente. **A comunidade deve saber usar o Estado, sem a ele se entregar.** Pode perfeitamente receber recursos a fundo perdido, desde que sejam para se emancipar, não para se enforçar [**grifo nosso**] (DEMO, 2001, p. 138).

Assim sendo, a verdadeira gestão democrática, segundo observação de seu cotidiano administrativo, deve ser discutida, estudada dentro da comunidade com a participação efetiva de todos. Para isso, é preciso aprender a ouvir, a ceder, a concordar/discordar, pois o ato de administrar é uma tarefa que exige a interpretação dos fatos para transformá-los em ação através de planejamento, da organização, coordenação, direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis, a fim de atingir esses objetivos, ou seja, ela busca unir teoria e prática, através do esforço comum para a obtenção das mudanças necessárias ao desempenho da organização hospitalar dentro das novas perspectivas para a obtenção de um outro tipo de entidade capaz de absorver todos os que a procuram e, ao mesmo tempo gerar emprego, prestação de serviços com um padrão de qualidade aceitável e com uma melhor distribuição de serviços de forma a melhorar o quadro da saúde no município.

Por isso mesmo, é essencial evitar que os processos participativos degenerem em sessões repetitivas, cansativas, decepcionantes, pouco produtivas, de tal sorte que se instale o desânimo e a desmotivação, causados por inabilidade na condução do processo, ou por incompetência técnica ou política. Nisto se percebe, ademais, que não podemos nos satisfazer com a face política, deixando de lado a questão sócio-econômica. Melhorar de vida concretamente é tão importante quanto saber discutir o problema politicamente (DEMO, 2001, p. 73).

Assim os hospitais funcionam como aparelho cujo poder ainda está centrado nas normas e pareceres gerais, seguem as linhas da administração como qualquer outra sociedade, mas buscam um diferenciamento tanto na forma de prestar servi-

ços quanto de comandar – dividindo e compartilhando – dando espaço para todos fazerem parte do grande círculo de decisões, levando em consideração que:

A modernidade, em seu sentido amplo, afirma o papel do indivíduo como fonte de poder. Este último, por seu turno, deve proteger os direitos destes indivíduos. Esses sendo fonte do poder e não podendo exercê-lo de modo direto, fazem-no mediante outros para os quais delegam parte desse poder em favor de ocupantes de funções de governo que os representam. Mas, em momento algum deixam de ser titulares e fonte do poder. Por isso não se excluem formas diretas de participação. Assim, na relação governantes e governados, deve haver respeito de uns pelos outros e deste direito e respeito decorre a necessária publicação dos atos de governo (CURY, 2000, p. 48).

Assim, há um diretor ao qual estão subordinados os setores de cada um dos hospitais, embora haja alguma autonomia na forma de administrar cada um, ainda permanece uma ligação (poder de decisão) hierárquica, uma grande pirâmide de cima para baixo – governo – diretor e assim sucessivamente (o poder é exercido de forma unilateral e parte do macro para o micro e, embora devesse ser ao contrário para que realmente houvesse uma total gestão democrática, sabe-se que as mudanças ocorrem de forma lenta para que não haja uma ruptura radical do tradicional para o desejado) e desse modo, as transformações vão ocorrendo de forma contínua, firme e direcionada para uma verdadeira autonomia, pois a comunidade hospitalar procura, participar, decidir e encontrar meios de resolver todos os problemas e necessidades de forma a preencher os anseios da comunidade com o propósito de reverter esse quadro e efetivamente criar um companheirismo equilibrado e igualitário com objetivos comuns, sem rivalidades ou antagonismos.

Qualquer um dos hospitais, portanto, é um aparato de poder que lida com diversos sujeitos que exercem o poder de forma individual e coletivo capaz, segundo Foucault (1997) de fazer de sua vida um objeto de reflexão e a matéria, de uma ética, mostrando de dois ângulos: de um lado um sujeito preenchido da idéia de substância; e, de outro, a substância é que – no ser do sujeito – está aberta às transformações históricas, o que permite, então, a estes, vivenciarem situações reais de governabilidade, de lutar por espaço, por autonomia e realmente fazer uma gestão democrática e unificada.

Por isso, essa administração nem sempre atinge suas metas, porque aqueles que a governam são sujeitos centrados dentro de uma realidade regida pela linguagem que os constitui cultural e socialmente e, muitas vezes, resistem a mudanças

ou as inibem por acreditarem que a tradição é mais importante do que as novidades ou até mesmo por medo do novo, do “não testado” e até pela incapacidade de se prever os resultados. Isto gera a insegurança e a incerteza, situações opostas ao que estão acostumados. Assim,

se considerarmos o desenvolvimento comunitário algo essencial para a política social, a identificação cultural apresenta talvez a motivação mais imediata à participação. A comunidade somente reconhecerá como seu aquele projeto que, mesmo tendo vindo de fora, é capaz de revestir-se de traços culturais do grupo. É preciso encontrar o eco reconhecido de algo que é seu, de algo que se encaixa na história vivida, de algo que aparece nas determinações do dia-a-dia (DEMO, 2001, p. 57-8).

A isto, denominam-se forças construtoras de poder. E os hospitais estão comprometidos com essas questões e buscam, através de investigações e questionamentos, descobrir nas práticas diárias as respostas para seus problemas a fim de encontrar uma forma de desmontá-los. Desse modo, partindo de novas bases, (re)construir uma nova forma de governar, de administrar embasado na parceria, no companheirismo e na divisão de tarefas e serviços. Assim, o poder e suas consequências podem ser vistos sob o ângulo foucaultiano que investiga as relações de poder partindo das construções sociais - o que se está pretendendo: a fusão - as quais chamou de “microfísica do poder” que vem a ser uma “teia de renda” com micronós que “dariam a própria feição do tecido social”(GALLO, 1997, P. 99), isto é, analisar o social, mas de baixo para cima - exatamente o oposto da noção clássica - buscando nas micro-estruturas as respostas para suas indagações, para seus problemas. Para Foucault:

O poder encontra-se esparramado pelo social [...] e não concentrado em tipos específicos. Em sua perspectiva seria absurdo, portanto, falarmos em poder e em um “não-poder” como oposição ao mesmo, podemos, isso sim, falar em poderes múltiplos e múltiplos contrapoderes, que só se definem enquanto tal na relação de uns com outros. Dessa teia microfísica de poderes e contrapoderes que se entrelaçam e engalfinham-se, ergue-se toda a macroestrutura social (GALLO, 1997, p.99.100).

Desse modo o poder encontra-se na base das relações sociais, nos indivíduos e nas formas pelas quais eles se relacionam entre si e com o poder, o que permite pensar na reorganização da fusão, somente possível a partir de um real estudo das dificuldades – vantagens e desvantagens - na sua permanente busca da integração

de todos os setores e pela constante atuação da administração e demais envolvidos, porque funciona como um aparelho privilegiado de construção de sujeitos envolvidos e desejos de encontrar uma resposta para essa grave crise na área da saúde, caso contrário, será um grupo de indivíduos alienados e omissos frente a sua realidade social.

Outrossim, a permanente atuação do Comitê Unificado como um órgão de enorme importância nesta engrenagem, pois surge com o objetivo de dividir responsabilidades, sendo, então, “o lugar onde a razão se aproxima do bom senso e ambos do diálogo público”(CURY, 2000, 50), o que permite, através da fusão, gerenciar com mais segurança seus problemas e dificuldades além de propiciar um aprofundamento na busca pela qualidade dos mesmos, pois haverá uma ponte entre ambos e a comunidade, melhorando as relações dialéticas e dialógicas e criando uma margem de credibilidade e consistência.

Esta constatação permite aos hospitais uma melhor inserção no social, trazendo resultados satisfatórios para a comunidade visto que promove situações de socialização, de troca e de vivências dentro do município. Além do mais, este clima de boa-vontade oferece mais ganhos do que perdas para a melhoria da saúde visto que esta proposta apresenta objetivos e finalidades claramente definidos tanto de sua forma organizacional quanto estrutural e participativa, divide responsabilidades e ações, delega poderes, permite que todos tenham participação ativa e apresenta a direção como um coordenador, aquele que liga todos os segmentos dos hospitais.

Outra constatação interessante é que para os hospitais seria uma forma de superar a concepção hierárquica de poder quando se procuram novos paradigmas de gestão. Não mais o poder centralizado, mas uma tentativa de estabelecer relações circulares através de um trabalho baseado na interação, cooperação e solidariedade. Desse modo:

O exercício de regras democráticas de jogo é importante também porque não se adquire o hábito com facilidade. Democracia dá muito trabalho. Onde todo mundo quer opinar, comparecer, decidir junto, o que mais acontece é uma dificuldade enorme de gerir a balbúrdia. As discussões tornam-se intermináveis e incontroláveis. Facilmente emerge o cansaço e a decepção, até mesmo o reconhecimento afoito de que democracia não leva a nada. Em certos casos, pode até surgir a insinuação de que em termos autoritários as coisas andavam melhor, porque se decidia rápido, ou tudo já estava decidido (DEMO, 2001, p. 72-3).

Porém, é certo que a construção de um novo parâmetro para a governabilidade está baseada na liberdade de escolhas, no envolvimento de toda a comunidade são-borjense e no comprometimento, na busca por respostas e jamais no autoritarismo, na ignorância ou no descaso. Esta proposta de fusão vem a ser os primeiros passos para a construção de uma gestão participativa. Ainda não obteve grandes avanços, mas caminha com a certeza de que somente a mudança é possível e que permanecer no conformismo é omitir-se de seu papel de cidadãos, donos de seus destinos, capazes de transformar a sua realidade e assegurar a qualidade da saúde.

6.2 Parâmetros Assistenciais

Através da Portaria nº 1102 / GM, de 12 de junho de 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

De acordo com esta portaria, os parâmetros assistenciais se dividem em:

- a) Parâmetros de Cobertura: são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido; e
- b) Parâmetros de Produtividade: são aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles, humanos, materiais ou físicos.

No que se refere aos parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial, a portaria estabelece que as consultas médicas devem ser de 2 a 3 por habitante / ano.

No que se refere à internação hospitalar, por especialidade, os parâmetros são os seguintes:

QUADRO 1		
NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR ESPECIALIDADE:		
ESPECIALIDADE	PROPORÇÃO	
DA POPULAÇÃO	DO TOTAL	
Cirúrgica	8%	20%

Clínica Médica	8%	33%
Cuidados Prolongados	8%	0,80%
Obstétrica	8%	20,25%
Pediátrica	8%	15%
Psiquiátrica	8%	3,5%
Reabilitação	8%	1,08%
Tisiologia	8%	0,13%
Fator de Ajuste	8%	6,24%
Total		100%
Psiquiatria Hospital dia	8%	0,50%

É possível perceber que os Parâmetros Assistenciais da portaria têm duas metas de relevância que é a cobertura – relacionada diretamente com o paciente – e de produtividade que diz respeito à capacidade de produção de recursos, mas deve-se primar pela qualidade e, nesse caso:

a oferta de serviços com qualidade significa fazer ao paciente o que ele está razoavelmente certo de que seja necessário, eliminando “o desnecessário, o desperdício, a duplicidade e a repetição”. Neste sentido, qualidade significa que os profissionais em serviço “não devem olhar apenas as vantagens e desvantagens das opções de que dispõe, mas sobretudo, o ponto de vista do paciente”(MEZOMO apud BORDIN et al., 1996, p. 82).

Soma-se a isso o fato de que no que se relaciona aos serviços médicos, frequentemente, há um envolvimento de múltiplos profissionais e a decisão começa pelo que fazer e como fazer, mas isto não significa que as ações sejam desorganizadas ou sem propósito porque, muitas vezes geram custos elevados o que, de repente, pode comprometer toda a estrutura organizacional o que deve ser evitado com acompanhamento constante de dados e, torna-se imprescindível uma melhor forma de comunicação, estudo e interação – dialógica e dialética – com sua equipe para o envolvimento e o comprometimento de todos, administradores, funcionários, médicos e até do usuário.

Mesmo considerando as dificuldades da rede hospitalar brasileira para obtenção dos recursos financeiros necessários à manutenção de serviços Assistenciais adequados e como qualidade neste tipo de instituição está intimamente ligada ao capital humano é possível, mediante a implantação de

um processo progressivo e permanente de valorização do paciente, alcançar pontos positivos no seu grau de satisfação (CAMPOS; BORBA, 2003, p. 16-7).

É possível perceber, ainda, que, em termos de atendimento hospitalar e de prestação de serviços, a fusão trouxe mais vantagens do que se imaginava porque oferece, embora os planos de saúde sejam ainda um problema a ser resolvido, um serviço diferenciado e eficiente porque a equipe busca a coesão, a eficiência, o todo. E nessa engrenagem, todos são importantes e desempenham um papel singular e a organização busca o enxugamento e a desburocratização em suas rotinas e procedimentos, como meio de garantir que as pessoas façam exatamente aquilo que delas se espera. E o administrador tem em vista, além da experiência, o conhecimento da empresa em sua totalidade:

para conhecer as partes para poder conhecer o todo e, ao mesmo tempo, conhecer o todo para poder conhecer as partes, torna-se necessário conhecer a circularidade nas explicações simultâneas do todo pelas partes e das partes pelo todo (CHIAVENATO, 2000, p.370).

Nestes casos, ainda segundo Chiavenato, a:

perspectiva sistêmica trouxe uma nova maneira de ver as coisas. Não somente em termos de abrangência, mas principalmente quanto ao enfoque. O enfoque do todo e das partes, do dentro e do fora, do total e da especialização, da integração interna e da adaptação externa da eficiência e da eficácia. A *visão gestáltica* e global das coisas, privilegiando a totalidade e as suas partes componentes, sem desprezar o que chamamos de *emergente sistêmico*: as propriedades do todo que não aparecem em nenhuma de suas partes. A visão do bosque e não de cada árvore apenas. A visão da cidade e não de cada prédio. A visão da organização e não apenas de cada uma de suas partes. Nessa nova *abordagem organizacional*, o importante ver o todo e não cada parte isoladamente para enxergar o *emergente sistêmico* (2000, p. 370-1).

Esta nova postura requer um administrador dinâmico, com conhecimento de ambiente, da tecnologia, com visão empresarial e uma equipe competente. E, este estudo busca respostas nesse sentido: entender em maior profundidade como administrar uma empresa do porte dos dois hospitais, suas dificuldades e possibilidades de modo a suprir as lacunas que ainda existam na área médica e, cada vez mais, primar pela qualidade e eficiência na prestação de serviços com o propósito de ainda ampliar seus serviços e atender um número maior de clientes.

6.3 Análise das Atividades: ano 2002

Organizar a prestação de serviços ou a própria produção, racionalizar atividades dentro de uma nova filosofia de administração, falando em redução de custos, fusão, promover melhorias, condensar atividades e setores, controlar prestação de serviços, qualidade da oferta, vantagens e desvantagens, gastos e procura dos serviços, tudo isso não apenas é possível como é necessário, mas exigem ações planejadas e objetivos específicos para definir critérios de gestão e no caso de investimento prever cada passo e viabilizar retorno do investimento é fato obrigatório para qualquer empresa grande ou pequena.

Existem diversos componentes de avaliação do desempenho de uma atividade. Entre eles, certamente não podem deixar de ser incluídos:

- *conhecimentos dos custos próprios;
 - *acompanhamento do montante de custos repassados das áreas de apoio;
 - *cálculo da contribuição de cobertura dos materiais;
 - *cálculo da contribuição total;
 - *nível de cobertura dos custos fixos;
 - *cálculo do ponto de equilíbrio;
- avaliação da contribuição unitária por tipo de serviço (BEULKE; BERTÓ, 1997, p. 82).

Assim, a análise das atividades realizadas e dos serviços prestados durante os últimos anos e, principalmente, do ano de 2002, em ambos os hospitais, é uma necessidade para ajudar nas decisões porque dá suporte e contribui para que a margem de erro, ou prejuízo seja mínimo, garantindo a sobrevivência do empreendimento. Esse planejamento deve servir para evitar investimentos em excesso, indevidos ou adiáveis, procurando com isso reduzir riscos e inibir desperdícios além de promover serviços necessários e qualificados.

Desse modo, a intenção de controlar a distribuição dos leitos, sua margem de ociosidade assim como a natureza da internação – clínicas, UTI, SUS – permite diagnosticar os valores, os lucros e perdas partindo-se da percentagem de cada benefício. Observa-se que – anexo 1 – a procura por leitos em ambos os hospitais é proporcional ao nº de oferta, deixando uma margem razoável para eventuais necessidades. Além do mais há uma tendência – devido à boa qualidade e a variedade dos serviços prestados agora por ambos os hospitais da cidade – deles se tornarem

uma referência a nível municipal e regional, disputando na prestação de serviços – como hemodiálise, por exemplo – com centros maiores como Santa Maria e Uruguaiana.

Partindo desta constatação na melhoria e aumento de oferta na área da saúde, percebe-se a grande contribuição da fusão para esse sucesso. E, ainda, pode-se dizer que com relação ao nível de atendimento ambulatorial – com qualquer plano de saúde – atingiu a meta prevista em termos de quantidade, qualidade e variedade conforme mostram os gráficos do anexo 4 e 5, mas é claro que prevalece o atendimento prestado aos do SUS, na grande maioria.

6.4 Comparativo: Internação X Faturamento

As inúmeras dificuldades de ordem econômico-financeira decorrentes de uma conjuntura nacional extremamente complexa, vivenciadas pelas empresas em muitos anos, têm contribuído, sobremaneira, para tornar o custo um tema essencial no gerenciamento das organizações privadas, num primeiro momento, e, gradativamente, das públicas, sejam elas de fins lucrativos ou mesmo filantrópicos (BEULKE; BERTÓ, 1997, p. 17)

Por isso, a necessidade de se avaliar a questão financeira dos hospitais em estudo. Nem um trabalho estaria completo sem os dados estatísticos que comprovem a realidade da fusão e a margem de lucro ou prejuízo, pois é notório que qualquer um dos dois, enfrentava problemas graves de ordem financeira, de faturamento baixo e de poucas alternativas para resolver a questão.

Pode-se constatar que o tipo de seguro mais freqüente é o do SUS seguido pelo IPERGS conforme anexo nº 2 que permite avaliar o quanto os hospitais estão dependentes das verbas públicas e, na sua maioria, sofrem com a defasagem dos valores recebidos pelos serviços prestados. Fato este que exige um gerenciamento enxuto e dinâmico, capaz de driblar esse déficit para não ter prejuízos. É possível, ainda, constatar que os outros planos, são em menor quantidade e não equivalem as despesas de um orçamento grande, com despesas necessárias e caras, ocasionando uma defasagem no orçamento o que exige muita flexibilidade e criatividade na busca por soluções desse porte.

Entre os problemas enfrentados durante estes dois últimos anos, conforme anexo 4, 5, 6 e 7 a fusão ainda não resolveu de pronto a situação das internações que na sua grande maioria são conveniadas pelo SUS. Esta constatação de que em

termos de lucros os convênios de SUS E IPERGS não são efetivamente o que se chama de vantagens, considerando que os custos de manutenção de aparelhos, atendimento, hotelaria e medicação oferecidos, na maioria das vezes, tornam-se onerosos para os hospitais.

Outro fator importante, relaciona-se ao fato de que a procura por internações particulares não correspondem a expectativa desejada em termos de lucro porque a quantidade ainda perde muito para os outros convênios, gerando um problema difícil de resolver.

Justamente com propósito de acelerar o faturamento a fusão dos dois hospitais pretende utilizar-se da ampliação dos serviços, através de uma área de atuação mais abrangente e investir cada vez mais com o propósito de atrair mais clientes.

As empresas estão continuamente se adaptando aos seus ambientes. Essa adaptação contínua pode provocar o crescimento, a estabilidade provisória ou o enxugamento da empresa. O crescimento se dá quando a empresa satisfaz demandas ambientais e o ambiente solicita maior volume de saídas e resultados da empresa. O crescimento é uma decorrência inevitável do êxito empresarial (CHIAVENATO, 1994, p. 33).

6.5 Necessidades de Adequações

O quadro da saúde é um dos mais graves exigindo mudanças, algumas radicais; outras, não, mas necessárias para melhorar a qualidade e diminuir despesas. Uma das possibilidades é melhorar o preço do plano de saúde, acabar com serviços desnecessários, a utilização correta e necessária de equipamentos ou materiais – que geralmente geram custos elevados e que poderiam ser evitados. Outra alternativa seria um outro plano de saúde, ou evitar-se atendimentos desnecessários e investir em prevenção – e nesse caso entra o médico de família – o que reduziria, conseqüentemente o nº de internações e de gastos, meta a que se pretende futuramente como mostramos gráficos 8 e 9.

O sistema de saúde busca elevar a quantidade e a qualidade de vida. Isoladamente, esta finalidade é de difícil alcance porque depende do trabalho conjugado de todos os sistemas da sociedade humana. O hospital brasileiro, historicamente, tem se caracterizado como o centro da atividade sanitária. Sendo incipientes os programas preventivos, a hospitalização vem funcionando como tábua de salvação para a população desprotegida (CAMPOS; BORBA, 2003, p. 23).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há muito tempo os hospitais de São Borja apresentavam deficiências no atendimento, pecando em qualidade, eficiência e falta de verbas porque ofereciam o mesmo serviço e funcionavam como concorrentes empresariais e, desse modo, comprometiam a saúde, a empresa e a qualidade. E, o grau de dificuldades enfrentado por ambos criava uma problemática séria porque um deles, fatalmente, cerraria suas portas, deixando um rastro de dívidas e de desempregados.

A fusão trouxe a oportunidade de redistribuir serviços, condensar atendimentos e ampliar a rede de ofertas, melhorando em qualidade, quantidade e possibilidades. Além do que manteve a maioria dos funcionários, médicos e enfermeiros além de todos os serviços, e passaram a ser companheiros em vez de oponentes, deixaram de oferecer serviços repetidos e condensaram todos os setores e pessoal de maneira a atender as novas exigências da nova empresa.

Não foi fácil. As barreiras e a resistência de alguns tornaram a tarefa penosa e quase impossível. A iminência do desemprego, a dúvida do novo modo de trabalhar e a rivalidade histórica existente entre ambos, deixando marcas profundas, dificultou a tarefa e quase comprometeram o sucesso do empreendimento.

Ainda pode-se constatar que em termos de gerenciamento, há alguns impedimentos, pois ainda atuam dois administradores o que acarreta despesas, dualidade nas decisões e falta de unidade, exigindo, então, uma nova proposta: a de um único administrador para centralizar toda a empresa. Há que se preocupar com as normas e possíveis dificuldades visto que toda mudança traz consigo uma resistência ao novo. Não é fácil deixar uma situação estável e conhecida por outra desconhecida, levando-se em conta que se deve observar “o comportamento de normas e governantes, principalmente em relação a mudanças políticas no setor hospitalar, capital humano e de normas técnicas, relacionadas às restrições do Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, sindicatos e outros” (CAMPOS; BORBA, 2003, p.54).

Muito embora, a necessidade da unidade de comando na atividade empresarial seja uma realidade incontestada, a dinâmica administrativa acena para o trabalho em equipe como o único capaz de conduzir a empresa aos mais elevados níveis de efetividade, eficácia e eficiência com vistas à excelência da qualidade (CAMPOS; BORBA, 2003, p.20).

Portanto, hoje, uma empresa precisa analisar e estudar o comportamento da empresa na sua totalidade com o propósito de avançar, de crescer em qualidade,

entendendo que a qualidade passou a ter identidade. Muitas informações, estudos e pesquisas, estatísticas, matemática, lógica, informática, administração, finanças e muito mais que precisam ser postos em prática e a fusão está dando seus primeiros passos, mas muita coisa precisa ser feita, melhorada, adaptada e algumas abandonadas.

E, quanto a parte administrativa, basta lembrar que devem (compartilhar experiências, deve haver abertura, oportunidade, companheirismo e humildade, levando em consideração a força de cada participante da empresa porque cada um é uma peça fundamental para que a mesma funcione a contento.

Não basta preencher periodicamente "questionários avaliatórios" nem "medir metas alcançadas", nem programar cursos formais. O conhecimento nasce da convivência, da dinâmica da relação, da observação crítica, da análise das forças e fraquezas e da negociação dos objetivos de desenvolvimento. Ou seja, do acordo, com a mútua responsabilização por resultados crescentemente superiores (MATOS, 1993, p. 133).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de Custos e Resultado na Saúde.** HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E CONGÊNERES. São Paulo: Sarai-va, 1997.

BORDIN, Ronaldo et al. **Práticas de Gestão em Saúde: em Busca as Qualidade.** Porto alegre. PPGA, 1996.

CAMPOS, Juarez Queiroz; BORBA, Valdir R. **Marketing de Relacionamento no Campo da Saúde: o desafio da década.** São Paulo: JOTACÊ, 2003.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração:** teoria, processo e prática. 2ª ed. São Paulo: Makron books, 1994.

_____. **Introdução à Teoria Geral da Administração.** Edição compacta. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

Gandin, Danilo; CRUZ, Carlos H. Carrilho. **Planejamento na Sala de Aula.** Porto Alegre: La Salle, 1996.

GRILLO, Marlene. Participação: Uma Aprendizagem Intransferível. IN: SOUZA, Valdemarina Bidone de Azevedo e(org.). **Participação e Interdisciplinaridade.** Movimentos de Ruptura/Construção. Porto alegre: EDIPUCRS, 1996.

MATOS, Francisco Gomes. **Estratégia de Empresa.** Profissionalizada, descentralizada, moderna, humana. São Paulo: Markon, 1993.

MELLO, Guiomar et al. **Educação e transição democrática.** São Paulo: Cortez, 1989.

PORTAL, Leda Lísia Franciosi. Participação- Um Desvelar para além da sua Concepção: Horizontes e Caminhos. IN: SOUZA, Valdemarina Bidone de Azevedo e(org.). **Participação e Interdisciplinaridade.** Movimentos de Ruptura/Construção. Porto alegre: EDIPUCRS, 1996.

TRAGTENBERG, Mauricio. Uma Prática de Participação: As Coletivizações na Espanha (1936/1939). IN: VENOSA, Roberto (org.). **Participação e Participações.** Ensaios sobre Autogestão. Ed. Babel Cultural

BONETTI, Lindomar Wessler. As Políticas Educacionais, a Gestão da Escola e a Exclusão Social. IN: FERREIRA, Naura Syria C.; AGUIAR, Márcia Ângela da S. **Gestão da Educação.** Impasses, perspectivas e compromissos. São Paulo: Cortez, 2000.

BORDIGNON, Genuíno; GRACINDO, Regina Vinhaes. Gestão da Educação: o Município e a Escola. IN: FERREIRA, Naura Syria C.; AGUIAR, Márcia Ângela da S. **Gestão da Educação.** Impasses, perspectivas e compromissos. São Paulo: Cortez, 2000.

BUSSMANN, Antônia Carvalho. Políticas e Autonomia da Escola. In: LUFT, Hedi Maria (org.). **IV Encontro Nacional de Educação e Ciclo de Estudos sobre Educação Básica**. Trabalhos Acadêmico - Científicos. Ijuí: UNIJUÍ, 2001.

CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à teoria geral da administração. 5ª ed. São Paulo: Makron Books, 1997.

CURY, Carlos Roberto Jamil. Os Conselhos de Educação e a Gestão dos Sistemas. IN: FERREIRA, Naura Syria C.; AGUIAR, Márcia Ângela da S. **Gestão da Educação**. Impasses, perspectivas e compromissos. São Paulo: Cortez, 2000.

DEMO, Pedro. **Participação é a conquista**: noções de política social participativa. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DIC. Prático MICHAELIS. DTS SOFTWARE BRASIL LTDA. 2001.

DOURADO, Luiz Fernandes. A escolha de Dirigentes Escolares: políticas e Gestão da Educação no Brasil. In: _____. **Gestão Democrática da Educação**: atuais Tendências, novos desafios. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DRUCKER, Peter F.. **O Gerente Eficaz**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GADOTTI, Moacir. **Escola Cidadã**: uma aula sobre autonomia da Escola. São Paulo: Cortez, 1992).

GALLO, Silvio. Repensar a Educação: Foucault. IN: **Revista FILOSOFIA, Sociedade e Educação**, nº 1, Ano 1, 1997.

GANDIN, Danilo; CRUZ, Carlos H. Carrilho. **Planejamento na Sala de Aula**. Porto Alegre: La Salle, 1996.

HABERMAS, Jürgen. **Problemas de legitimación em el capitalismo tardio**. Buenos Aires, Amorrortu. 1975

KUENZER, Acácia Zeneida. Educação e Trabalho: a construção de saberes contemporâneos. IN: **Seminário Estadual de EDUCAÇÃO POPULAR**. Construção Social do Conhecimento, Desenvolvimento e Inclusão. Porto Alegre:2002.

LIMA, Sueli Azevedo de S. da C. Gestão da Escola: Uma Construção Coletiva. IN: CASTRO, Marta Luz Sisson. **Sistemas e Instituições**: Repensando a Teoria Prática> Porto Alegre: EDIPUCRS, 1997.

MARQUES, Mário Osório. **Botar a Boca no Mundo**. Cidadania, Política e Ética. Ijuí:UNIJUÍ,1999.

MARTINAZZO, Celso José. Prática e Teoria: Compreensão da Unidade. In: LUFT, Hedi Maria (org.). **IV Encontro Nacional de Educação e Ciclo de Estudos sobre Educação Básica**. Trabalhos Acadêmico - Científicos. Ijuí: UNIJUÍ, 2001.

MOTTA, Paulo Roberto. Gerenciando a Influência: A Participação e o Uso Positivo do Poder na Solução de Conflitos. IN: Gestão Contemporânea: **A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Um instrumento indispensável para o desenvolvimento pessoal e profissional de atuais e futuros executivos. São Paulo: Record.

PERIN, Ivanete. **Gestão Democrática na Escola Pública**. 2000. MONOGRAFIA (Pós-Graduação em Educação) – Departamento de Pedagogia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí.

PILETTI, Nelson. **Estrutura e Funcionamento do Ensino Fundamental**. São Paulo: Ática, 2001.

PRZYBYLSKI, Edy. **O Supervisor Escolar em Ação**. Porto Alegre: Sagra, 1976.

SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **O Sujeito da Educação**. Estudos Foucaultianos. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **O que produz e o que reproduz em educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, Lucia Helena G. políticas Públicas de Educação e Mudança nas Escolas. Um Estudo da Cultura Escolar. IN: OLIVEIRA, Dalila Andrade. **Política e Trabalho na Escola**. Administração dos Sistemas Públicos de Educação Básica. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. Espaço Público e Educação. IN: KRAWCZVK, Nora (org.). **Espaço Público da Educação**. São Paulo: Editora Associados, 2000.

CARVALHO, Nanci Valadares de. **Autogestão**. O Governo pela Autonomia. São Paulo: Brasiliense.

FERREIRA, Naura S. Carapeto (org.). **Gestão Democrática da Escola: atuais tendências, novos desafios**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MOTTA, Paulo Roberto. A ciência e a Arte de Ser Dirigente. IN: Gestão Contemporânea: **A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Um instrumento indispensável para o desenvolvimento pessoal e profissional de atuais e futuros executivos. São Paulo: Record.

OLIVEIRA, Dalila Andrade; DUARTE, Marisa R. T. **Política e Trabalho na Escola**. Administração dos Sistemas Públicos de Educação Básica. Belo horizonte: Autêntica, 1999.

RANDOLPH, Robert M. **A Administração do Planejamento**. Como tornar realidade de uma idéia. São Paulo: McGRAW-HILL do Brasil, Ltda, 1977.

VENOSA, Roberto (org.). **Participação e Participações**. Ensaios sobre Autogestão. (Polígrafo do Curso).

ANEXOS

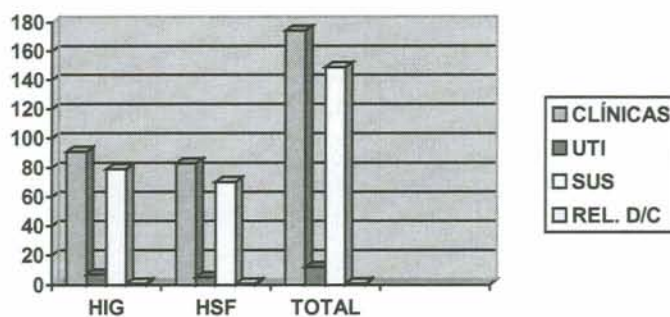
ANEXO 1

ANÁLISE DAS ATIVIDADES ANO 2002

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS:

	HIG	HSF	TOTAL
A - CLÍNICAS	91	83	174
B - UTI	07	05	12
C - TOTAL	98	88	186
D - SUS	79	70	149
RELAÇÃO D/C	80,6 %	79,5 %	80,1 %

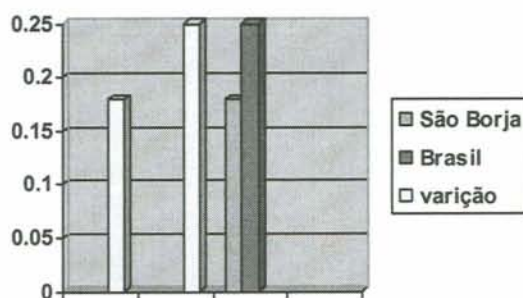
Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG e MS.



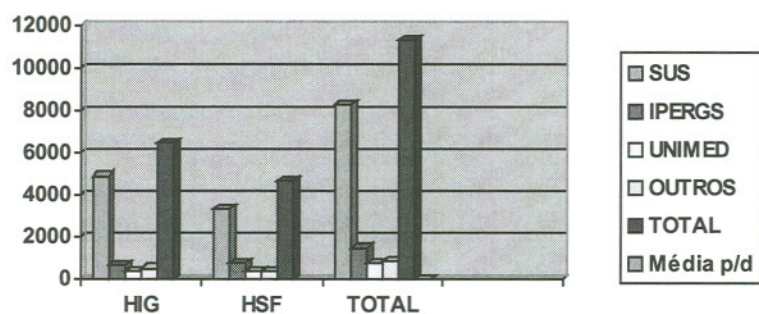
QUADRO 3 - INDICADORES: LEITOS / 1000 HABITANTES:

	1992	2002	variação
SÃO BORJA	3,4	2,8	(18 %)
BRASIL	3,6	2,7	(25 %)

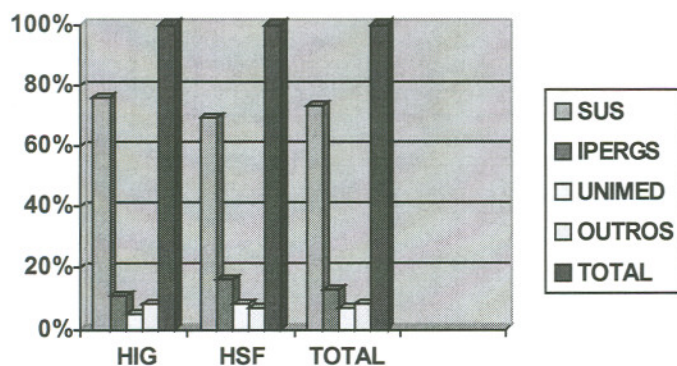
Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG e MS.



QUADRO 4 - INTERNAÇÕES:			
	HIG	HSF	TOTAL
SUS	4907	3351	8258
IPERGS	689	786	1475
UNIMED	338	399	737
OUTROS	519	334	853
TOTAL	6453	4870	11323
média permanência (pacientes-dia):			3,02
Fonte			

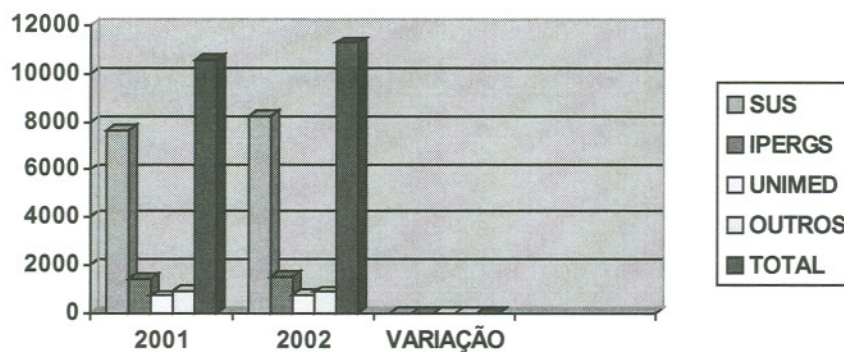


QUADRO 5 - INTERNAÇÕES (%)			
	HIG	HSF	TOTAL
SUS	76 %	69 %	73 %
IPERGS	11 %	16 %	13 %
UNIMED	5 %	8 %	7 %
OUTROS	8 %	7 %	8 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %
Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG.			



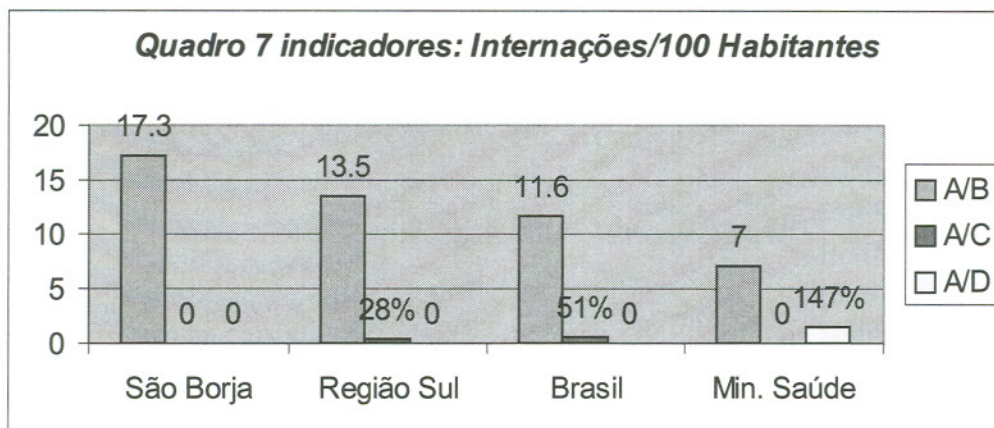
QUADRO 6 - INTERNAÇÕES (HIG + HSF):			
	2001	2002	variação
SUS	7643	8258	8 %
IPERGS	1387	1475	6 %
UNIMED	677	737	9 %
OUTROS	867	853	(2 %)
TOTAL	10574	11323	7 %

Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG.



QUADRO 7 - INDICADORES: INTERNAÇÕES / 100 HABITANTES:				
		A/B	A/C	A/D
A	SÃO BORJA	17,3		
B	REGIÃO SUL	13,5	28%	
C	BRASIL	11,6	51%	
D	MIN.SAÚDE	7,0		147 %

Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG e MS.



ANEXO 4

QUADRO 8 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

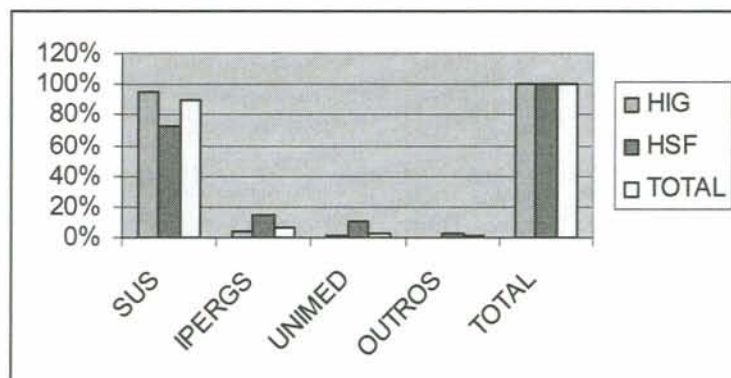
	HIG	HSF	TOTAL
SUS	33053	6053	39106
IPERGS	1332	1239	2571
UNIMED	469	830	1299
OUTROS	92	234	326
TOTAL	34946	8356	43302

Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG.



QUADRO 9 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL (%):			
	HIG	HSF	TOTAL
SUS	95 %	72 %	90 %
IPERGS	4 %	15 %	6 %
UNIMED	1 %	10 %	3 %
OUTROS	0 %	3 %	1 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

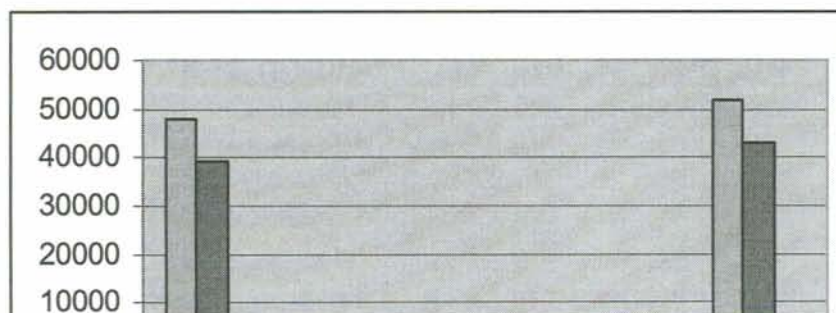
Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG.



ANEXO 5

QUADRO 10 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL (HIG + HSF):			
	2001	2002	variação
SUS	47720	39106	(18 %)
IPERGS	2735	2571	(6 %)
UNIMED	1374	1299	(5 %)
OUTROS	182	326	(79 %)
TOTAL	52011	43302	(17 %)

Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG.



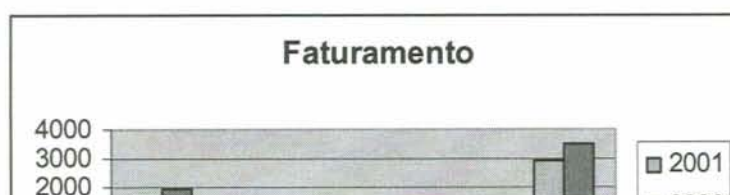
COMPARATIVO INTERNAÇÃO X FATURAMENTO

QUADRO 11 - H I G – INTERNAÇÃO E FATURAMENTO 2002						
Convênio	Internação			Faturamento		
	2001	2002	variação	2001	2002	variação
SUS	4653	4907	5,46	1589	1926	21,21
IPERGS	699	689	-1,43	470	563	19,79
UNIMED	402	338	-15,92	335	336	0,30
OUTROS	586	519	-11,43	526	680	29,28
TOTAL	6340	6453	1,78	2920	3505	20,03
Custos dos Serviços				2496	2288	-8,33
Lucro Bruto				424	1217	187,03
Despesas Administrativas				790	675	-14,56
Resultado Operacional				-366	542	-248,09

Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG.



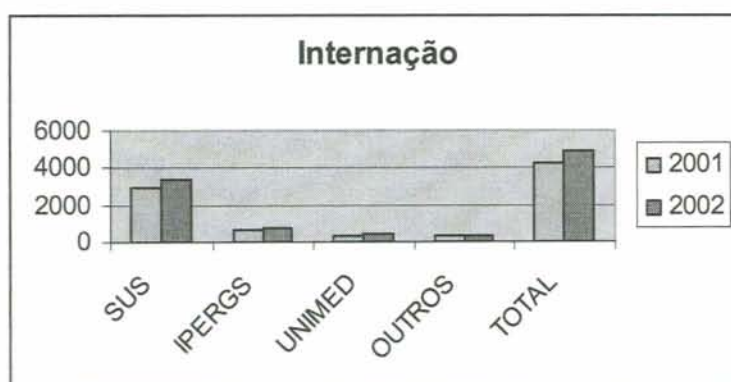
ANEXO 6



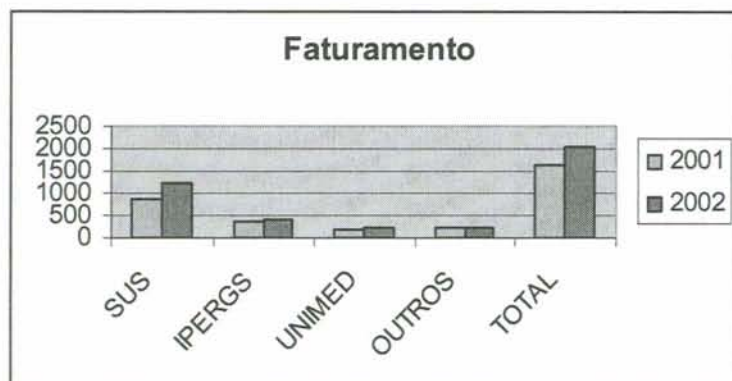
QUADRO 12- H. S. F. – INTERNAÇÃO E FATURAMENTO 2002

CONVÊNIO	INTERNAÇÃO	INTERNAÇÃO	VARIÇÃO	FATURA	FATURA	VARIÇÃO
	2001	2002		MENTO	MENTO	
	2001	2002		2001	2002	
SUS	2990	3351	12,07	867	1212	39,79
IPERGS	688	786	12,24	356	391	9,83
UNIMED	275	399	45,09	168	216	28,57
OUTROS	281	334	18,86	232	206	11,21
TOTAL	4234	4870	15,02	1623	2025	24,77
CUSTOS DOS SERVIÇOS				1943	2560	31,76
LUCRO BRUTO				320	535	67,19
DESPESAS ADMINISTRATIVAS				525	694	32,29
RESULTADO OPERACIONAL				845	1229	45,51

Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG.



ANEXO 7

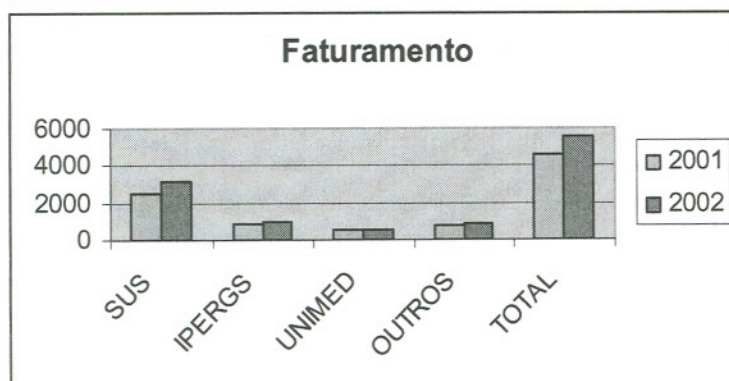
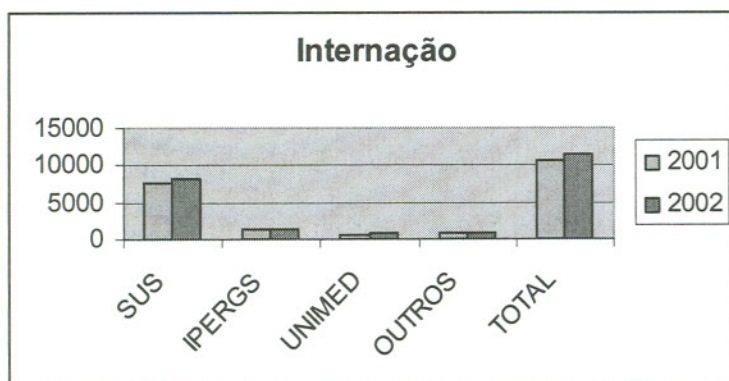


ANEXO 8

QUADRO 13 - CONSOLIDADO (HIG + HSF)

CONVÊNIO	INTERNAÇÃO-2001	INTERNAÇÃO-2002	VARIÇÃO	FATURAMEN TO-2001	FATURAMEN TO-2002	VARIÇÃO
SUS	7643	8258	8,05	2456	3138	27,77
IPERGS	1387	1475	6,34	826	954	15,50
UNIMED	677	737	8,86	503	552	9,74
OUTROS	867	853	1,61	758	886	16,89
TOTAL	10574	11323	7,08	4543	5530	21,73
CUSTOS DOS SERVIÇOS				4439	4848	9,21
LUCRO BRUTO				104	682	555,77
DESPESAS ADMINISTRATIVAS				1315	1369	4,14
RESULTADO OPERACIONAL				1211	687	43,25

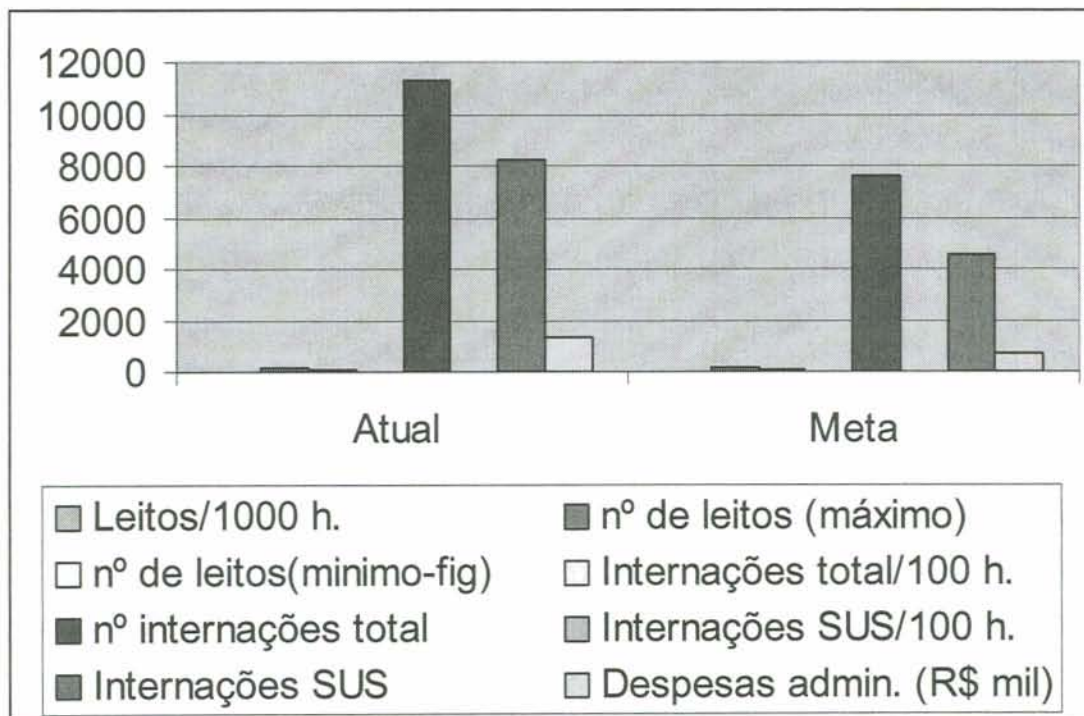
Fonte: Elaboração própria, a partir de FIG.



ANEXO 9

NECESSIDADES DE ADEQUAÇÕES

QUADRO 14 - METAS DE EQUILÍBRIO - CURTO PRAZO			
	atual	meta	variação
1. Leitos / 1000 habitantes:	2,8	2,5	(10,7 %)
1.1. nº de Leitos (máximo):	186	163	(12,3 %)
1.2. nº de Leitos (mínimo - FIG):	98	94	(4,1 %)
2. internações- total / 100 habitantes:	17,3	11,6	(32,9 %)
2.1. nº internações -total:	11323	7576	(33,1 %)
3. internações- SUS / 100 habitantes:	12,6	7,0	(44,4 %)
3.1. internações -SUS:	8258	4571	(44,8 %)
4. despesas administrativas (R\$ mil):	1369	682	(50,2 %)



ANEXOS

**Pesquisa de Opinião sobre a Unificação Administrativa dos
Hospitais de São Borja.**

Dr. Paulo Fraga

Diretor Clínico da Fundação Ivan Goulart

1 - A centralização de cirurgias no Hospital Ivan Goulart trouxe benefícios para a instituição? Por quê?

A centralização de cirurgias no hospital Ivan Goulart trouxe benefícios para a instituição, porque havia a necessidade de manter duas estruturas com um quadro de funcionários para atender uma demanda cirúrgica presumida. Os blocos cirúrgicos trabalhavam com uma ociosidade muito grande. As taxas de utilização não ultrapassavam 50%. Com a unificação esta ociosidade diminuiu drasticamente.

Do ponto de vista do gasto com materiais se pode ter um melhor controle, com racionalização de compras e uso dos materiais. O pessoal de enfermagem pode ser melhor aproveitado e melhor distribuído.

O setor de esterilização de materiais foi reestruturado e unificado, com mais agilidade e turno de esterilização que permite um uso mais econômico das máquinas.

2 - Como está a relação do corpo clínico com a instituição? O processo de incorporação influenciou nesta relação? Por quê?

Houve um trabalho muito grande no período de pré-unificação no sentido de conscientizar mostrando a necessidade e vantagens da unificação do corpo clínico, com isso, os interesses pessoais passaram para segundo plano, imperando a vontade de ajudar na construção de uma empresa mais sólida. Com isso houve uma aproximação e participação mais efetiva do corpo clínico com o hospital.

Existe hoje uma vontade de colaborar, uma esperança de melhora.

3 – Que leitura o senhor faz desta relação no futuro?

Com este entrosamento, passada esta parte difícil que é a transição, o hospital em todos os seus setores buscará sempre a qualificação dos serviços prestados.

4 – Depois do processo de incorporação, mudou o relacionamento dos funcionários de seu setor? Para melhor? Piorou? Por quê?

Com uma melhor taxa de ocupação das salas de cirurgias o ambiente perdeu o marasmo de antes. Este novo ambiente, mais frenético e produtivo trouxe a sensação de uma melhor produtividade do trabalho de cada um, a sensação de satisfação pelo cumprimento do dever e a esperança, já quase perdida de estar trabalhando numa empresa sólida e em crescimento vê-se entusiasmo no semblante de cada funcionário, espírito de cooperação e vontade de vencer como em qualquer empresa, o hospital e seu corpo clínico entende que sua existência, o seu sucesso está ligado à qualidade de seus serviços. A unificação, a aproximação do corpo clínico à administração certamente facilitará essa busca de qualidade.

**Pesquisa de Opinião sobre a Unificação Administrativa dos
Hospitais de São Borja.**

Dr. João Del Fabro

Ex-Secretário Municipal de Saúde

1 – Como ex-secretário, qual sua visão sobre o projeto de racionalização dos serviços hospitalares com os investimentos da atenção básica?

Foi com o início dos investimentos em atenção básica que desencadeou a necessidade de racionalizar os serviços hospitalares da cidade de São Borja, visto que já não comportava mais duas casas oferecendo serviços sobrepostos e conflitantes, serviços que muitas vezes eram de alçada do “Estado” e que por não investirem no serviço, os hospitais o faziam com déficit e sem estrutura para realizá-lo.

2 – Hoje, como médico obstetra e ex-secretário de saúde, como vê a racionalização?

Foi o grande salto de qualidade na medicina São-borjense, pois a soma de as metades tornou-se uma grande e resolutiva organização.

Foi quando éramos Secretário da Saúde que foi plantada a semente que hoje frutifica, aliás, fomos entusiastas na época e hoje nos consideramos gratificados por esta realização.

3 – Em sua opinião, qual seria a situação dos hospitais de São Borja na atualidade sem a fusão/incorporação?

Sempre dizemos que até então concorriamos para atender o prejuízo, investíamos paralelamente para oferecermos uma pseudomelhoria e nenhum dos dois hospitais aprofundava na resolutibilidade, ou seja, dois hospitais competindo para atender o prejuízo.

**Pesquisa de Opinião sobre a Unificação Administrativa dos
Hospitais de São Borja.**

Enfa. Ariane Yung

Coordenadora do serviço de enfermagem dos hospitais de São Borja

1 – Como a fusão/incorporação influenciou na condição de trabalho de seus colegas/comandados?

No princípio foi difícil com os funcionários do Hospital São Francisco, pois os mesmos apresentavam um sentimento de derrota e não aceitavam o novo sistema gerencial. Anteriormente ao processo de fusão/incorporação, havia uma concorrência entre os dois hospitais, e também duas administrações completamente diferentes, em termos de organização, onde era colocado ao quadro funcional que o processo de fusão era uma utopia do Hospital Ivan Goulart e que isto jamais iria acontecer.

No Hospital Ivan Goulart não tivemos problemas com o quadro funcional, inclusive, vários funcionários foram deslocados para desempenhar suas funções no hospital São Francisco, sendo que estes tiveram que ter um acompanhamento m efetivo, devido ao boicote que sofreram de alguns funcionários do HSF.

A maior dificuldade foi sentida com o quadro de enfermeiros, pois na época contávamos com um bom quadro de enfermeiros e estávamos iniciando um processo de capacitação destas gerências. No HSF havia um déficit muito grande destes profissionais (apenas quatro enfermeiros) sendo necessário redimensionar o qua-

dro, por este motivo passamos um período onde foi necessário cada enfermeiro assumir duas ou mais unidades a nível de supervisão.

2 – Como a senhora via e classificava a concorrência que existia entre os hospitais de São Borja antes do processo de incorporação?

A concorrência era boa, pois havia uma constante preocupação em prestarmos um serviço de melhor qualidade que o concorrente. Elogios ao HSF, na época, nos incomodava, assim como críticas ao nosso hospital, e isto nos impulsionava a sempre querer melhorar o serviço.

3 – Num futuro próximo (2 ou 3 anos) será necessário o funcionamento das duas unidades hospitalares de São Borja, na sua visão? Por quê?

No prazo de 2 ou 3 anos, acredito que será necessário o funcionamento das duas unidades de saúde. Somente poderá ser centralizado todo o serviço no HIG, se ocorrer uma ampliação de sua área física, para acomodar as internações do HSF. Mantendo a sua atual área construída não vejo a possibilidade de funcionamento de apenas uma unidade, pois da maneira que está funcionando o Programa de Saúde da Família (PSF) no município a tendência é aumentar o número de internações e não vejo perspectivas de melhorar nos próximos 3 a 5 anos.

4 – Depois do processo de fusão/incorporação, mudou o relacionamento dos funcionários de seu setor? Para melhor? Piorou? Por quê?

Em um primeiro momento o relacionamento com os funcionários do HSF e corpo médico foi difícil, pois todos os problemas que surgiam, nos era cobrada uma solução. Agiam como se no HSF não havia problemas e tudo funcionava muito bem (sabemos que não era assim) até vir o “pessoal do HIG e tomar conta de tudo”. Atualmente o relacionamento melhorou bastante, já há uma maior aceitação da fusão/incorporação, sendo que um dos fatores que propiciaram esta maior aceitação,

foi o investimento feito no hospital, pois o primeiro e principal sentimento dos funcionários é que o HIG iria fechar o HSF.

**Pesquisa de Opinião sobre a Unificação Administrativa dos
Hospitais de São Borja.**

Dr Sergio Seitenfus

Presidente da Fundação Ivan Goulart

1 – Na sua visão, qual seria a situação dos hospitais de São Borja hoje, sem o processo de unificação administrativa?

Criado para servir de pólo no atendimento infantil, o hospital Infantil, da Fundação Ivan Goulart, face a condição de inexistir suficiente demanda para o número de leitos que oferecia, ampliou o atendimento a adultos. Com isto criou-se uma concorrência com o já existente Hospital de Beneficência São Francisco de Borja, que atendia a mesma classe adulta, voltado mais para os indigentes, razão pela qual era cognominado Hospital dos Pobres. Dada essa nova atividade do Hospital infantil e considerando a necessidade de sobrevivência financeira dos dois hospitais, iniciou-se uma disputa entre os dois, que ao longo dos anos tornou-se mais e mais predatória, desde que cada um prejudicava ao outro e a si mesmo, como verificou-se posteriormente. A clientela à qual eram dirigidos os serviços médico-hospitalares prestados pelos dois hospitais era a mesma e disputada entre si, dividindo-a quando o seu todo era somente suficiente para uma entidade. Esse estado de coisas perdurou por quase quarenta anos, redundando na pré-falência do Hospital dos Pobres e na quase inviabilidade do Hospital Infantil. Visto assim, a unificação permite que a mesma clientela seja atendida por uma única entidade hospitalar, com custos reduzidos e sem a concorrência que tantos estragos causou. Entendo que a unificação dos hospitais atendeu uma exigência da própria sobrevivência de ambos, posto que, caso não tivesse ocorrido, teríamos, hoje, duas entidades hospitalares, de caráter filantrópico, engessadas pelas dividas e sem qualquer condição operacional.

2 – Qual a relação de equilíbrio econômico/financeiro com a racionalização e o compromisso de manutenção de funcionamento das duas unidades hospitalares de São Borja? Visão da época do início do processo e de hoje.

A unificação resultou na incorporação do Hospital de Beneficência São Francisco de Borja pela Fundação Ivan Goulart, carreando um patrimônio físico bastante grande, com uma UTI nova e moderna, novo elevador hospitalar instalado, nova e moderna área de Plantão Ambulatorial utilizado para urgência/emergência dos Convênios, além de áreas para 80 leitos e uma construção fechada, inacabada, com três pisos, dos quais o térreo está terminado e utilizado para exames bioquímicos, de citologia e de radiologia. O Hospital Infantil possui também uma área grande, mais nova que o HSF, onde está localizado todo o setor administrativo, contando com área ambulatorial nova para pacientes do SUS, um bloco cirúrgico novo e moderno, setor de radiologia e mamografia em condições de dar conforto à clientela, enfim, está em condições de permitir que sejam prestados bons serviços. Sob esta visão, desativar qualquer das unidades significa ter de investir no acréscimo da outra, considerando que qualquer uma delas não supre totalmente a demanda. A desativação do HSF implica em perda de uma unidade de UTI em excelentes condições e a necessidade de construí-la no hospital da FIG, bem como a perda de uma recente área do Plantão Ambulatorial dos Convênios, representado piora na prestação deste serviço. A desativação da unidade da FIG redundaria, de igual maneira na perda de um moderno bloco cirúrgico, da área do SUS, do deslocamento de todo o complexo administrativo. Uma vez desativadas quaisquer uma das unidades a qualidade do serviço retroagiria e novas obras deveriam ser construídas, a custo bastante elevado. Além do mais, compute-se a deterioração da área física do prédio desativado entre os custos do empreendimento, considerando que nenhuma delas tem mercado garantido para a venda, levando-se em conta ainda, que para o adquirente deverá ser vedado o uso futuro para atividades de saúde, sob pena do retorno da concorrência tão demoradamente desfeita.

A unificação, muito mais do que um negócio entabulado sob o palio do melhor para as duas entidades, refletiu a necessidade de quebra da concorrência, ou seja, a unificação tornou-se obrigatória como maneira de evitar maior que era a quebra

de ambas. A única razão pela qual a unificação foi levada a efeito, foi que, sem ela as entidades não sobreviveriam e, estando o HSF em piores condições no momento e tratando-se a FIG de uma fundação, outro não poderia ser o caminho que não o da incorporação da primeira pela segunda. Em condições normais não haveria necessidade de incorporação, e qualquer uma delas continuaria sua trajetória de acordo com as suas necessidades. Mas, desde que a incorporação tornou-se obrigatória e uma realidade, com a FIG assumindo e pagando dívidas decorrentes do HSF, seu patrimônio tornou-se uma garantia desses pagamentos. No que diz respeito ao equilíbrio econômico/financeiro em contrapartida com a racionalização, ele implicaria na demissão de muitos funcionários, praticamente o mesmo número daqueles que trabalham na entidade que fosse desativada, implicando, além do aspecto social, em um custo elevado, próprio das demissões. A unificação foi feita com o interesse e vontade de toda a comunidade samborjense, excetuando três ou quatro pessoas da área médica, e com ressalva de que não houvesse demissões e que o HSF continuasse em atividade dado o fato de recentemente ter completado cem anos de existência. Portanto, há uma carga de empatia emotiva muito forte em todo esse processo de unificação, que reflete num interesse muito grande dos cidadãos de São Borja de que o HSF não seja fechado. Desde que iniciou-se o processo, há mais de um ano, houve uma série de medidas que diziam respeito as contas do HSF, para dar-lhe credibilidade perante o mercado e obter condições de aquisição de mat/med. Tentou-se, também, o equilíbrio dentro da FIG, que tinha em seu horizonte o financiamento do BNDES para colocar em dia as suas contas. Tudo dependia deste financiamento, que tardou mas acabou saindo ao final do ano de 2002, justamente quando era concluída a incorporação. As medidas seguintes a essas, tendo as duas entidades como um todo empresarial único, serão as de dar continuidade à racionalização dos serviços e a busca do equilíbrio econômico/financeiro mediante análise dos contratos e convênios, diminuição de custos na aquisição e consumo dos estoques, revisão de salários (quando possível), modernização na área de gestão, iniciada com a mudança do Estatuto, busca de alternativas extras na área da saúde que permitam o total envolvimento dos funcionários e a utilização das áreas físicas. A subutilização das duas unidades hospitalares não pode ser encarada como razão para a desativação de uma delas, como forma de reduzir custos, mas, ao contrário, como importante meio para a criação de novos serviços que aumentem a receita, encontrando-se, nessa técnica oposta e também

eficiente, o equilíbrio econômico/financeiro. O planejamento estratégico está voltado para a diminuição de custos, considerando que na área da saúde os serviços são tabelados pelos tomadores do serviço, porém no que diz respeito à desativação de uma das unidades, entendo que a melhor solução, no momento, para ajudar no equilíbrio econômico/financeiro da Fundação Ivan Goulart, que congrega os hospitais São Francisco de Borja e Ivan Goulart (anteriormente apelidado de Infantil) é o de buscar na área de saúde, uma atividade que possa dar utilização plena de seus espaços físicos. Considere-se também que não há um estudo científico que demonstre que somente uma das unidades teria condições de bem prestar o serviço exigido pela comunidade e qual seria o custo do acerto destas condições. A visão que se tinha no início do processo de unificação era voltada para a necessidade, para a obrigatoriedade do que se fazia. Concretizada a incorporação, trata-se de buscar o equilíbrio com a otimização no uso dos espaços físicos para aumento da receita, onde permanece o funcionamento das duas unidades hospitalares, e a diminuição de custos, sem que isso acarrete uma contradição, porque são dois os caminhos do equilíbrio econômico/financeiro e nenhum deles é descartável aprioristicamente: O aumento da receita e a diminuição dos custos. A melhor estratégia é atacar nos dois pontos.

**Pesquisa de opinião sobre a unificação administrativa dos
Hospitais de São Borja.**

Sra Maria das Graças Mena Barreto Dias

Presidente do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde de São Borja

1 – Como a senhora vê o índice de satisfação dos funcionários das duas entidades hospitalares de São Borja após o processo de fusão/incorporação?

Procurando responder sob a ótica geral e também como funcionários, diríamos que não se apresenta até o momento um instrumento, digamos assim, que pudesse medir o grau de satisfação uma vez que a dita fusão, quem sabe até que por muito recente ainda não traduziu em um mínimo duas qualificadoras; melhor distribuição, homem-tarefa, regularidades das salários. Desta forma o Sindicato quanto classe representativa pode constatar da insegurança que faz plantão no espírito de cada funcionário. Estão aprendendo rápido a tradução da palavra racionalizar.

2 – Como representante de aproximadamente 80% dos funcionários dos hospitais de São Borja, qual a sua expectativa para o futuro na relação empregado/empregador?

Quanto à relação empregador/empregado, e como porta voz desta segunda parte, acreditamos que caminhamos, ambos para o entendimento e, quem ensina a caminhar é o caminho. Hoje já é possível visualizando-se a boa vontade de ambas as partes.

3 – A senhora entende necessário o funcionamento das duas unidades de São Borja, porque?

Não importando o que se diga o processo é irreversível e doravante o que nos preocupa é o uso racional das estruturas existentes para que não se tornem como o

exemplo de outras entidades; um grande elefante branco. O Hospital São Francisco, quem sabe num futuro próximo poderá vir a ser um hospital escola. Afinal o velho São Chico é um hospital filantrópico e isso lá tem suas vantagens.

Dr. Marco Trindade

Diretor Técnico do Hospital Ivan Goulart de São Borja

1 – Na sua visão, que estratégias deveriam ser usadas para iniciar o processo de unificação/fusão dos hospitais de São Borja?

O processo de unificação hospitalar de São Borja foi determinado pelas dificuldades financeiras entre as duas instituições existentes, provocada sobretudo pela prevalência de atendimento a uma população de baixa renda onde mais de 70% dos pacientes internados são previdenciários do Sistema único de Saúde e os 30% restantes distribuídos entre os previdenciários do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul e da UNIMED sendo que o paciente particular praticamente inexistente. Com tão baixa renda e o constante desenvolvimento da medicina onde a capacitação profissional de seu corpo clínico exige investimento altíssimo na aquisição de meios de diagnóstico, hotelaria, áreas físicas, instrumentais, contratação de serviços e/ou profissionais especializados não credenciados pelo SUS para prestarem atendimento a este Sistema de saúde, produziram um déficit progressivo levando a falência de um dos hospitais. Além de todos estes problemas, as duas unidades ainda concorriam entre si provocando uma rivalidade nociva onde por concorrência geralmente criavam os mesmos serviços, compravam os mesmos aparelhos criando assim dois serviços onde a necessidade local comportava apenas um. Formava-se assim dois serviços ociosos (alto investimento e pouco rendimento). Baseado nestes fatos a unificação deveria ser prevista antes da falência de um dos hospitais o que pouparia o desvio de altos recursos para operacionalizar a unidade falida. Um envolvimento político-social em âmbito local, estadual e nacional mais intenso poderia propiciar recursos mais vultosos. Por outro lado as estratégias desenvolvidas pela atual diretoria como a transição administrativa, unificação do corpo clínico, setorização de serviços não só da área médica mas também em áreas básicas de apoio como cozinha, lavanderia, conscientização de funcionários,

corpo clínico sobre a necessidade de unificação, propiciou uma transição de certa forma tranqüila.

2 – Num futuro próximo (2 ou 3 anos) será necessário o funcionamento das duas unidades hospitalares de São Borja? Por quê?

Se no futuro pudéssemos contar com uma unidade hospitalar com aproximadamente 250 leitos creio que seria suficiente para atender a demanda local por aproximadamente mais dez anos. A nossa média de ocupação atual é em torno de 120 a 150 leitos. Também é verdade que temos períodos principalmente no inverno que a ocupação de leitos por um curto período ultrapassa a estes números. Portanto é importante termos uma reserva técnica. Creio que no momento que a política de saúde da Secretaria Municipal de Saúde baseado no Programa de Saúde da Família onde a assistência médica curativa e preventiva é levada aos bairros da cidade por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiras, atendentes e agentes de saúde) estiverem em pleno desenvolvimento a tendência de internação hospitalar é diminuir mesmo como desenvolvimento da região. Por outro lado pleiteamos o reconhecimento e a capacitação em alta complexidade em várias especialidades o que poderá nos tornar uma área de referência dentro de nossa região o que provocaria uma captação de pacientes para nossos hospitais. Creio que uma unidade hospitalar com 250 leitos seria o ideal inclusive para atender o futuro

3 – O Senhor entende que a estrutura existente nos hospitais de São Borja (física, humana e de equipamentos) é suficiente para proporcionar o atendimento resolutivo a população de sua área de abrangência? Por quê?

Atualmente, com raras exceções, propiciamos atendimento resolutivo para toda a nossa área de abrangência. Temos estrutura física e capacidade de investimento para ampliar este atendimento em área que ainda não temos capacidade de resolver. Atualmente dentro desta visão a diretoria está empenhada a comprar não só tecnologia como buscar profissionais capacitados.

**Pesquisa de Opinião sobre a Unificação Administrativa dos
hospitais de São Borja**

Dr. Acildo Machado Savian

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

1- Em sua opinião, qual seria a situação dos hospitais de São Borja na atualidade sem a fusão/incorporação?

Vivemos no município com população de 65 mil habitantes e possuíamos duas unidades de saúde, competindo entre si, tentando apresentar a essa população duplicidade de serviços, como por exemplo dois mamógrafos, dois serviços de ultrassonografia. Dividíamos os pacientes e também os recursos que aqui, aportavam, tanto do setor público como privado. Então, com vemos, os hospitais disputavam os poucos doentes e as verbas eram divididas, não resolvendo a situação financeira de ninguém. Caminhávamos para o aprofundamento de uma crise financeira que talvez, mais tarde, fosse impossível de resolver, como vemos, em outras instituições, de outros municípios.

2- Como presidente do Conselho Municipal de Saúde, qual sua visão sobre o projeto de racionalização/setorização dos serviços hospitalares em São Borja?

Há aproximadamente 10 anos atrás, quando assumi a presidência da sociedade médica de São Borja, dei uma entrevista no jornal local em que sugeria uma unificação, porém de uma maneira diferente: Naquela época assinalara que deveríamos racionalizar por convênios, pois existia um conflito entre médicos/SUS/convênios/cobrança de diferença que dificultara este relacionamento.

Nesta visão de racionalização que hoje opera nossas casas de saúde nos dá o conforto de ampliarmos o setor cirúrgico concentrando recursos humanos e materiais em uma só casa a ponto de estarmos nos habilitando para ser um hospital pólo

como receptor para captação de órgãos para transplante. O setor materno infantil nos proporcionou um centro obstétrico e berçário em condições de dar segurança a nossas gestantes e recém-nascidos (RNs).

Do ponto de vista de aportes financeiros veio facilitar o direcionamento e o controle fiscalizador destas aplicações por parte do Conselho Municipal de Saúde. Conseguimos “ver” com mais facilidade as aplicações tanto de verbas municipais como federais.

3-Como o senhor vê a centralização do atendimento da demanda ambulatorial aos usuários do serviço público de saúde (SUS/Município) no Hospital Ivan Goulart e os convênios privados no Hospital São Francisco de Borja?

Como sabemos a demanda do SUS é sempre maior. Em nosso município os convênios como Unimed e IPERGS e outros perfazem um número em torno de 15%. Atendendo em um só local tínhamos uma espera em torno de 60 à 92 minutos devido ao nº de consultas. Setorizando em duas casas de saúde separadas obtivemos a melhora na qualidade, pois além de diminuirmos o tempo de espera podemos dar maior atenção ao paciente.

4- Numa visão futurista de médio prazo, o senhor acha que é necessário o funcionamento das duas unidades hospitalares de São Borja? Por que?

Da maneira como está se constituindo o Sistema de Saúde de São Borja: com PSF, setorizações, ampliação e qualificação do bloco cirúrgico, centro diagnóstico, banco de sangue, certamente nos tornaremos um pólo de fato, para a saúde regional.

O desenvolvimento da região com implantação da Faculdade de Medicina de Santo Tomé em tempo por volta de 10 anos, teremos a chegada de inúmeras outras especialidades, por estes motivos expostos, a meu ver, as duas casas de saúde deverão permanecer, porém sempre sendo modernizada e qualificada embora não esquecendo que hoje a desospitalização da população é uma meta.

**Pesquisa de Opinião sobre a Unificação Administrativa dos
Hospitais de São Borja**

Dr. Luciano Loureiro

Secretário Municipal de Saúde

1 – Como secretário, qual sua visão sobre o projeto de racionalização/setorização dos serviços hospitalares em São Borja?

Acreditamos que o único caminho que poderia existir para a manutenção das duas instituições hospitalares naquele momento era o da unificação, especialmente administrativa e clínica, visto que, uma das casas estava absolutamente a beira de um colapso na sua estrutura de serviços e ações em saúde. Acho que dentro das discussões existentes naquele momento a vontade política (do gestor público), administrativa (das provedorias e administração das casas) e clínicas (de alguns médicos) foi crucial para o encaminhamento da setorização/racionalização. Penso que este processo otimizou por demais a estrutura hospitalar do município, proporcionando uma forma moderna, ágil, dinâmica e racional na forma de se fazer saúde hospitalar, devido ao enxugamento das estruturas tanto administrativas (setor de compras, recursos humanos, cozinha, lavanderia, etc) quanto no aspecto clínico (pediatria, maternidade e cirurgia/clínica médica). Por último, valorizo muito o aspecto da unificação dos corpos clínicos que acabou com certos feudos anacrônicos retrógrados e divisionistas que historicamente existiam nas duas instituições.

2 – Como o senhor vê a centralização do atendimento da demanda ambulatorial aos usuários do serviço público de saúde (SUS/Município) no Hospital Ivan Goulart e os convênios privados no Hospital São Francisco de Borja?

Creio que também como gestor público da saúde no município tivemos uma importante participação neste processo. Tínhamos uma visão da necessidade de um contra ponto ao serviço público gratuito e sentimos que outros setores poderiam também participar como ofertantes de serviço de saúde, assim como também proporcionar uma maneira de desafogar o sistema gratuito (SUS) que acabava atendendo toda a demanda.

3 – O senhor entende que a estrutura existente nos hospitais de São Borja (física, humana e de equipamentos) é suficiente para proporcionar atendimento resolutivo a população de sua área de abrangência? Explique:

Acho que esta estrutura hospitalar é adequada para o atendimento da população vinculada ao serviço tanto local quanto regional. Gostaria que dentro de uma nova filosofia a instituição hospitalar participasse mais de programas que favoreçam as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, estimulando práticas como aleitamento materno, imunização (da qual já participa), pré-natal e parto mais humanizado, prevenção do câncer, controle das doenças degenerativo-crônicas, planejamento familiar, etc. Para que isto possa acontecer, com certeza o corpo técnico do hospital deve passar por capacitações técnicas adequadas para o manejo desta nova sistemática. Quero ressaltar que é muito importante este investimento, assim, como, o hospital não deve abrir mão de oferecer serviços mais resolutivos também em áreas de alta complexidade, como UTI neonatal, berçário bem equipado, centro obstétrico com alta resolutividade, bloco cirúrgico bem equipado e um bom sistema de atendimento de urgência e emergência.

4 – Numa visão futurista de médio prazo, o senhor acha que é necessário o funcionamento das duas unidades hospitalares de São Borja? Por quê?

Penso que toda esta estrutura hospitalar deve ser bem aproveitada em São Borja, claro que com uma ação voltada mais para a saúde preventiva pode haver uma diminuição de demandas, mas também acho que um belo exemplo a ser seguido é o que o Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre está fazendo (sugiro leitura de reportagem sobre o assunto no jornal Zero Hora de 08/03/2003); esta reportagem pode responder muito bem esta questão.